

Aus der Chirurgischen Universitäts-Klinik Marburg
Direktor: Professor Dr. med. H. Hamelmann

AKUTKRANKENHAUS UND NACHSORGEKLINIK:
FUNKTION UND BEDEUTUNG DER NACHSORGEKLINIK
AM BEISPIEL DER HESSISCHEN BERGLANDKLINIK
BAD ENDBACH

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der gesamten Medizin

dem Fachbereich Humanmedizin der
Philipps-Universität zu Marburg

vorgelegt von

DAGMAR HOFFMANN, geb. Katschmarek

aus Müncheberg

Marburg 1975

Druck: Görich & Weiershäuser, Marburg (Lahn)

Aus der Chirurgischen Universitäts-Klinik Marburg
Direktor: Professor Dr. med. H. Hamelmann

AKUTKRANKENHAUS UND NACHSORGEKLINIK:
FUNKTION UND BEDEUTUNG DER NACHSORGEKLINIK
AM BEISPIEL DER HESSISCHEN BERGLANDKLINIK
BAD ENDBACH

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der gesamten Medizin

dem Fachbereich Humanmedizin der
Philipps-Universität zu Marburg

vorgelegt von

DAGMAR HOFFMANN, geb. Katschmarek
aus Müncheberg

Marburg 1975

Druck: Görich & Weiershäuser, Marburg (Lahn)



Angenommen vom Fachbereich Humanmedizin der
Philipps-Universität Marburg am 28. Februar 1975

gedruckt mit Genehmigung des Fachbereiches

Dekan: Prof. Dr. med. H. Oepen
Referent: Prof. Dr. med. D. Maroske
Correferent: Prof. Dr. med. H. Hamelmann

Meinen Eltern in Dankbarkeit gewidmet.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552319_0094

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

	Seite
1. EINLEITUNG	1
1.1 Nachsorgeprobleme für Patienten des Akutkrankenhauses	1
1.2 Aufgaben der Nachsorgeklinik (Empfeh- lungen des Wissenschaftsrates von 1960)	2
1.3 Problemstellung der eigenen Arbeit	5
2. METHODIK	5
2.1 Krankengut	5
3. ERGEBNISSE	6
3.1 Entwicklung der Hessischen Bergland- klinik Bad Endbach	6
3.2 Altersverteilung - Geschlechtsvertei- lung des Krankengutes	19
3.3 Zusammensetzung des Krankengutes	22
3.4 Labordiagnostik	27
3.5 Röntgendiagnostik	28
3.6 Letalität des Krankengutes	28
3.7 Ambulante Vorstellung der Patienten in Universitätskliniken zu Kontroll- untersuchungen, zur Diagnostik oder Therapie; Verlegung in Universitäts- kliniken	29
3.8 Behandlungstage in der Hessischen Berglandklinik Bad Endbach; statio- näre Aufenthaltsdauer	32

4.	DISKUSSION	40
4.1	Entwicklung der Hessischen Berg- landklinik Bad Endbach bis Ende 1972; Gründe der Unterbelegung	40
4.2	Entwicklung der Hessischen Berg- landklinik ab 1.1.1973; Funktion und Bedeutung einer Nachsorgeklinik	43
4.3	Die Bedeutung von Hostels	53
4.4	Bettenangebot und Bettennutzung im Akutkrankenhaus und Nachsorgeklinik	56
4.5	Krankenhauspflegesätze; Vorteile einer Nachsorgeklinik	61
5.	ZUSAMMENFASSUNG	67
6.	LITERATURVERZEICHNIS	69

1. E I N L E I T U N G

1.1 Nachsorgeprobleme für Patienten des Akutkrankenhauses.

Im modernen Industriestaat hat die Großfamilie alter Art aufgehört zu existieren, die Wohnraumbedürfnisse wurden reduziert und in einem früher nicht gekannten Ausmaß sind beide Eheleute außer Haus berufstätig. Die veränderten Lebens- und Arbeitsbedingungen haben bei Unmöglichkeit zur Familienversorgung kranker und alter Menschen eine steigende Nachfrage nach Krankenhausleistungen aufkommen lassen.

Zunehmende Technisierung und neue Gesichtspunkte in der Medizin sowie wirtschaftliche Erwägungen haben zur Schaffung von Zentraleinrichtungen, zur Entstehung von Großkrankenhäusern geführt. Die Krankenhausfachleute einerseits und die Kostenträger andererseits sind aber in vieler Hinsicht vor neue Aufgaben gestellt. Mit der zunehmenden Technisierung und den medizinisch-diagnostischen und medizinisch-therapeutischen Möglichkeiten ist eine Krankenhausaufnahme aus diagnostischem und therapeutischem Anlaß auch in solchen Fällen notwendig geworden, wo noch vor kurzem eine ambulante Betreuung zu verantworten war. Die enormen Kostensteigerungen in einem Großkrankenhaus - auch als Akutkrankenhaus zu bezeichnen - zwingen zu Überlegungen, wie eine möglichst intensive Ausnutzung dieser Betten erfolgen kann. Darüberhinaus besteht das Ziel, diese hochwertigen Kliniken für möglichst viele Patienten nutzbar zu machen.

Die alarmierend hohen Kosten der Akutkliniken haben in den letzten Jahren zu großen Diskussionen geführt. Waren es in der 1. Hälfte dieses Jahrhunderts die Skandinavier, die die großen Krankensäle des vorigen Jahrhunderts beanstandeten, so sind es heute die Skandinavier, die ernst-

hafte Überlegungen zur Schaffung von großen Krankensälen anstellen. Der Baumeister Olaf SELVAAG schlägt eine Bettenlandschaft mit bis zu 35 Plätzen, kombiniert mit Kleinräumen für 1 - 4 schwerkranke kritische Patienten vor. Von ihm kommen auch Überlegungen derart, beispielsweise Chirurgen und Internisten in demselben Krankensaal diagnostisch und therapeutisch tätig werden zu lassen. SELVAAG vertritt die Meinung, daß im Zeitalter der Gleichheit mehr Gewicht auf bessere Pflege zu legen sei und die Automatisierung in den großen Häusern auf das Notwendigste zu beschränken sei. Mit der Schaffung mehrerer kleinerer Krankenhäuser anstatt großer Riesenanstalten könnten enorme Gelder eingespart werden. Insgesamt seien so große Kosteneinsparungen möglich. SELVAAG will mit seinen neuen Vorstellungen einen Bettenplatz in Norwegen von ca. 20 000 DM pro Jahr auf 12 500 DM reduzieren. Das an Unterhaltungskosten eingesparte Geld wird man dringend zur Deckung der ständig steigenden Löhne für das Pflegepersonal benötigen. Bei Fortschreiten der jetzigen hohen Ausgaben werde Schweden im Jahre 2 000 sein gesamtes Budget für das Sozialwesen veranschlagen müssen

1.2 Aufgaben der Nachsorgeklinik (Empfehlungen des Wissenschaftsrates von 1960).

Mit der klinischen Nachsorge - Nachsorgeklinik, Hostel - möchte man dieses Problem wenigstens teilweise lösen. In den Empfehlungen des Wissenschaftsrates von 1960 ist die Nachsorgeklinik genannt. Für ein 1 500-Betten-großes Klinikum wird eine Nachsorgeklinik mit 200 Betten genannt. Die Nachsorgeklinik soll Patienten übernehmen, welche weiterer Behandlung und Überwachung bedürfen und deren vorzeitige Entlassung in andere Obhut nicht gewünscht wird. Zur Aufnahme in eine Nachsorgeklinik gelten folgende Gründe:

1. Wissenschaftliches und didaktisches Interesse am weiteren Verlauf und an lang dauernder Beobachtung, insbesondere zur Beurteilung langfristiger Behandlungsweisen.
2. Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen.
3. Behandlung chronisch Kranker, wofür als Beispiel Erkrankungen an chronischer Polyarthritits oder Arteriosklerose angeführt werden.
4. Klinische Forschung auf dem Gebiet der Geriatrie.
5. Prophylaktische Therapie (z.B. Verhütung von Rezidiven des rheumatischen Fiebers, der Glomerulonephritis, Immunopathien u.a.).

Gefordert wird eine möglichst wirtschaftliche Organisation des Nachsorgekrankenhauses. Eine Durchleuchtungseinrichtung sollte neben einem normalen Laboratorium vorhanden sein, spezielle wissenschaftliche Laboratorien sind nicht erforderlich. Die räumliche Nähe der einweisenden Fachkliniken sollte bestehen. Zahlreiche kleine Krankenzimmer für 1 und 2 Betten sowie die Einrichtung zur Durchführung der Krankengymnastik sollten vorhanden sein. Die Nachsorgeklinik selbst soll aus 2 Abteilungen bestehen, die nach den Vorstellungen des Wissenschaftsrates von je einem Oberarzt, von denen einer Internist sein müßte, betreut werden. Diese Oberärzte sollten von den Akutkliniken für eine gewisse Zeit abgeordnet werden, einer sollte jeweils für 1/2 Jahr die Leitung der gesamten Nachsorgeklinik erhalten.

Die Stellenbesetzung für Assistenzärzte soll nach dem Schlüssel für Allgemeinkrankenhäuser erfolgen. Ausreichendes Pflegepersonal, gute Besetzung mit Krankengymnastinnen, Beschäftigungstherapeutinnen und Sozialfürsorgerinnen sowie Spezialstationen für bestimmte chronische Erkrankungen und Alterskrankheiten sollten vorhanden sein.

Hervorgerufen wird in den Empfehlungen, daß eine Nachsorgeklinik nicht dazu dienen darf, die Gesamtbettenzahl der einzelnen Kliniken zu vermehren. Der entscheidende Gesichtspunkt für die Aufnahme in eine Nachsorgeklinik müsse bleiben, daß eine weitere Versorgung in der eigentlichen Klinik nicht mehr zweckmäßig oder erforderlich ist.

Überlegungen am Klinikum Steglitz in Berlin zeigten, daß ein modernes Akutkrankenhaus nur dann optimal genutzt wird, wenn diejenigen Patienten, die noch nicht entlassungsfähig sind, aber auch nicht mehr die dort vorhandenen hochspezialisierten Einrichtungen benötigen, schnell verlegt werden können. Es wurde errechnet, daß aufgrund bisheriger Erfahrungen die Zahl der von den verschiedenen Fachabteilungen in der Nachsorgeklinik benötigten Betten zwischen 10 und 40 % der im Akutkrankenhaus zur Verfügung stehenden Betten betragen dürfe. Für das Klinikum Steglitz mit rund 1 400 Betten wurde eine Nachsorgeklinik mit 350 - 400 Betten errechnet. Die enge Nachbarschaft zwischen Nachsorgeklinik und Akutkrankenhaus soll gewährleisten, daß die Versorgung durch den gleichen Ärztetab erfolgt. Nur dann kann von einer einheitlichen, an die Person des Klinikarztes gebundenen und gut geplanten Behandlung gesprochen werden, die aus medizinischen und psychologischen Gründen unerlässlich ist. Der Kranke muß die Gewißheit haben, daß seine Betreuung und Versorgung auch nach der Verlegung in die Nachsorgeklinik in der gleichen Hand bleibt. Die räumliche Nähe stellt also die entscheidende Voraussetzung für die wirkliche Anbindung an das Akutkrankenhaus in medizinischer und wirtschaftlicher Beziehung dar.

1.3 Problemstellung der eigenen Arbeit.

Die Hessische Berglandklinik in Bad Endbach übernahm 1969 die Funktion einer Nachsorgeklinik. Trotz der großen Bettennot im Universitätsklinikum Marburg blieb die erwünschte Belegung der Berglandklinik aus, und die Bettennot der Univ.-Kliniken in Marburg blieb bestehen.

In der vorliegenden Arbeit sollte geprüft werden, welche Gründe die Entwicklung der Nachsorgeklinik in Bad Endbach hemmten und wie eine Nachsorgeklinik funktionstüchtig werden kann.

2. M E T H O D I K

2.1 Krankengut.

Die in den Jahren 1972 und 1973 in der Hessischen Berglandklinik behandelten Patienten wurden erfaßt. Die Krankenblattunterlagen dieser Patienten wurden nach folgenden Kriterien analysiert:

1. Alter der Patienten, Geschlechtsverteilung.
2. Einweisungsdiagnose der Patienten und einweisende Klinik.
3. Labordiagnostik in der Hess.-Berglandklinik.
4. Röntgendiagnostik in der Hess.-Berglandklinik.
5. Ambulante Vorstellungen der Patienten in den Universitätskliniken zu Kontrolluntersuchungen bzw. zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.
6. Dauer des Aufenthaltes in der Hess.-Berglandklinik.
7. Verlegung in Universitätskliniken.

Mit der Auswertung dieser Unterlagen sollte die Entwicklung der Berglandklinik analysiert werden, gleichzeitig galt es, die Effektivität der Klinik zu überprüfen und Anhaltspunkte für die zukünftige Entwicklung zu erhalten.

3. ERGEBNISSE

3.1 Entwicklung der Hessischen Berglandklinik in Bad Endbach.



Abb.1: Hessische Berglandklinik in Bad Endbach.

Bis zum Jahre 1967 fungierte die Hessische Berglandklinik in Endbach, jetzt Bad Endbach, als Kneipp-Sanatorium und stand in privatem Besitz. Damals fanden Kuren mit Kneipp-schen Anwendungen statt. 1967 wurde das Sanatorium verkauft. Die neuen Eigentümer planten aus diesem Sanatorium ein Krankenhaus für die Behandlung von Krebspatienten zu er-richten. Noch während die Vorbereitungen für eine speziel-le Therapie von Patienten mit malignen Erkrankungen getrof-fen wurden, mußte dieser Plan aufgegeben werden. Der medi-zinische Initiator dieser "Krebsklinik" verstarb unerwartet, sein Mitarbeiter sah sich den Aufgaben nicht gewachsen. Das Personal, ein Arzt und 15 - 18 weitere Angestellte, waren bereits eingestellt. Sie hatten nur für wenige Pa-tienten in den Monaten Juli, August und September 1968 zu sorgen. In den anderen Monaten des Jahres 1968 waren keine Patienten zur Behandlung anwesend.

Zum 1.1.1969 wurde die Leitung der Hess.-Berglandklinik einer Fachärztin für innere Medizin übertragen. Patienten kamen aber auch dann noch nicht in ausreichender Anzahl zur stationären Aufnahme; die Unterbelegung blieb beste-hen.

Ab Mai 1969 bemühte sich die Leitung der Hess.-Bergland-klinik um die Verlegung von Patienten aus größeren Kliniken nach Endbach. Der Plan, eine Nachsorgeklinik aufzubauen, wurde damit geboren. Nach einigen Anlaufschwierigkeiten wurden regelmäßig Patienten in die Behandlung der Hess.-Berglandklinik überwiesen, vorwiegend aus den Univ.-Kliniken Marburg und z.T. auch aus den Univ.-Kliniken Giessen. Es gelang jedoch immer noch nicht, eine volle Belegung der 56 Betten zu erreichen und damit diese Privatklinik wirtschaftlich gesunden zu lassen. Der Personalbestand konnte nur niedrig gehalten werden. Dies führte in den Mona-ten einer stärkeren Belegung zwangsläufig dazu, daß die

Patienten nicht optimal versorgt wurden. Ärztliche Visiten fanden beispielsweise in der Regel nur zweimal wöchentlich statt. Viele Patienten mußten zu vereinbarten Kontrolluntersuchungen ambulant in den einzelnen Universitätskliniken, vorwiegend in der Chirurg.-Univ.-Klinik Marburg, vorgestellt werden. 1971 wurde dann ein zweiter Arzt eingestellt. Das Pflegepersonal wurde um 5 weitere Angestellte vermehrt. Trotz aller Bemühungen gelang es immer noch nicht, die Selbstkosten der Klinik durch eine volle Belegung zu sichern. Erneute Unterbelegungen veranlaßten die Leitung der Berglandklinik Endbach im März 1972 ein Gespräch mit den Vertretern der Univ.-Kliniken Marburg und den Geschäftsführern der Allgemeinen Ortskrankenkassen Marburg und Biedenkopf zu suchen. In diesem Gespräch wurde vonseiten der Univ.-Kliniken auf den enormen Bettenbedarf hingewiesen. Für eine bessere Versorgung von in die Hess.-Berglandklinik eingewiesenen Patienten wurden weitere Pflegekräfte gefordert. Im Besonderen wurde die Einstellung von Krankenpflegern als unabdingbar angesehen. Darüberhinaus wurde eine konsiliarische Tätigkeit eines Chirurgen empfohlen, um stark belastende Transporte für die Patienten zu ambulanten Vorstellungen in Marburg zu vermeiden und andererseits durch regelmäßige Visiten eines Chirurgen eine frühzeitige Verlegung von Patienten des chirurgischen Krankengutes zu ermöglichen. Da sich jedoch eine Finanzierung eines konsiliarisch tätigen Chirurgen nicht finden ließ, bemühte man sich um einen engeren Kontakt und blieb bei dem bisher nicht bewährten Prinzip der ambulanten Kontrolluntersuchungen in den Univ.-Kliniken. Eine frühzeitige Verlegung von Patienten aus der Chirurg.-Univ.-Klinik Marburg nach Endbach konnte trotz des großen Bettenmangels der im Umbau befindlichen Chirurg.-Univ.-Klinik nicht erfolgen. Die konsiliarische Tätigkeit eines Chirurgen wäre dazu erforderlich gewesen.

Mit dem plötzlichen Ausscheiden der Chefärztin in Endbach im November 1972 änderte sich die gesamte Situation. Ein Nachfolger für die Chefärztin ließ sich trotz großer Bemühungen nicht sofort finden. Der Grund lag vor allem darin, daß eine ständige Präsenz eines Arztes in der Berglandklinik Endbach für die Überwachung der Patienten erforderlich war und dies eine enorme Belastung für den verantwortlichen Arzt darstellt. Eine derartige Angebundenheit wollten die Interessenten um die Chefarztstelle in Endbach nicht auf sich nehmen. Als Interimslösung fanden sich die Ärzte der Chirurg.-Univ.-Klinik Marburg damals bereit, als ständige Berater in Endbach tätig zu werden. Damit konnten sie gleichzeitig die Interessen der Chirurg.-Univ.-Klinik Marburg mit einer frühzeitigen Verlegung von Patienten verfolgen, um so dem ständigen Patientenandrang nachkommen zu können. Die Unterbringung der Patienten, bei denen eine ambulante Weiterbehandlung wegen fehlender Pflege und schwieriger Mobilisation nicht möglich war, bedeutete für die Chirurg.-Univ.-Klinik plötzlich keine Schwierigkeiten mehr. Ein junger Kollege übernahm die Versorgung der Patienten in Endbach, und täglich kam ein Chirurg zu den Visiten in die Hessische Berglandklinik.

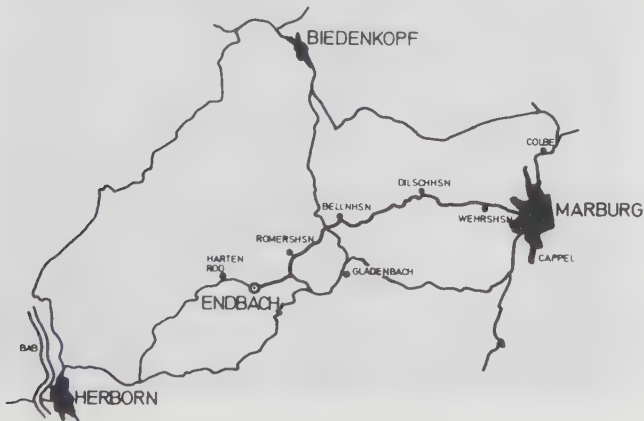


Abb.2: Geographische Lage von Bad Endbach zur Universitätsstadt Marburg/Lahn.

Der Anteil chirurgischer Patienten am Krankengut der Hess.-Berglandklinik vergrößerte sich sprunghaft. Ab Mitte 1973 waren wöchentlich nur noch 2 - 3mal Visiten des chirurgischen Konsiliarius in Endbach erforderlich. Zu diesem Zeitpunkt war das Personal der Berglandklinik Endbach in der Lage, der Nachsorge von chirurgischen Patienten gerecht zu werden. Insbesondere hatte dazu die verbesserte Ausbildung des Personals beigetragen. 2 Krankenpfleger hatten während einer dreiwöchigen Tätigkeit auf der Wachstation der Chirurgischen Univ.-Klinik Marburg ihre Kenntnisse verbessern können. Darüberhinaus wurden in Marburg ausgebildete Krankenschwestern für die Tätigkeit in Endbach gewonnen. Im November 1973 wurde eine 2. Arztstelle für die Hess.-Berglandklinik durch eine Kollegin besetzt. Mit der Aufnahme einer regelmäßigen konsiliarischen Tätigkeit durch einen Facharzt für innere Medizin der Medizinischen Univ.-Poliklinik Marburg ab Januar 1974 wurde die Betreuung der aus den Medizinischen Kliniken überwiesenen Patienten auch noch verbessert.

Ein regelmäßiger konsiliarischer Dienst der Chirurg.-Klinik und der Med.-Poliklinik der Univ.-Marburg garantiert den Patienten in der Hess.-Berglandklinik Bad Endbach heute eine besonders gute Betreuung. Die Patienten bleiben trotz des Ortswechsels in der Betreuung durch einen ihnen bekannten Facharzt.

Im Jahre 1973 lösten sich durch die bessere Belegung der Hess.-Berglandklinik Endbach viele bis dahin ungelöste Probleme. Der Personalmangel konnte zwar durch Einstellung neuer Pflegekräfte nicht vollkommen beseitigt werden, jedoch gegenüber früheren Jahren ließ sich eine große Verbesserung schaffen. Zunächst wurde ein zentrales Stations-schwesternzimmer eingerichtet, ab Juli 1974 bekam dann jede der 3 Stationen ein eigenes Schwesternzimmer. Für

jeden Patienten wurde ein Krankenblatt mit eigener Fieberkurve angelegt. Die Applikation von Medikamenten wurde streng überwacht. Mit dem Aufbau eines neuen Laboratoriums und der Anschaffung neuer Geräte wurde eine funktionstüchtige Labordiagnostik möglich.



Abb. 3: Laboratorium der Hessischen Berglandklinik



Abb. 4: Röntgenraum der Hessischen Berglandklinik
(Diagnost 40/Medio 50 der Firma Müller)



Abb. 5 a: Entfernung einer Gipsschiene bei der Patientin M.W. vor der Röntgenkontrolle.

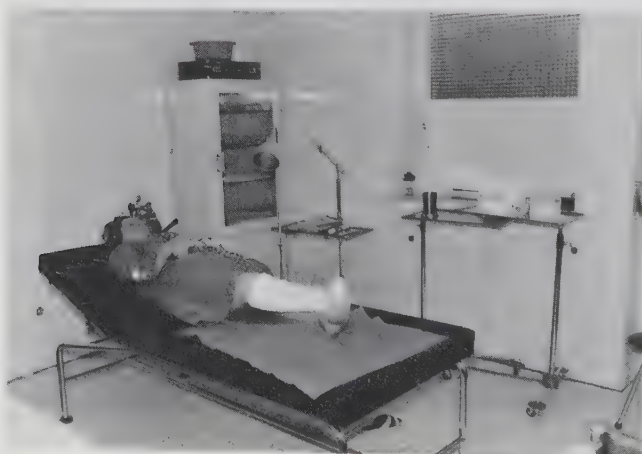


Abb. 5 b: Verbandzimmer der Hessischen Berglandklinik

Direkt neben dem Stationszimmer wurde ein separates Zimmer für die Intensivpflege eingerichtet. Die meisten Zimmer wurden renoviert, herkömmliche Betten wurden gegen Klinikbetten ausgetauscht. Mitte 1973 konnte in einem Anbau eine neue Küche mit großem schönem Speisesaal für die Patienten zur Verfügung gestellt werden.



Abb. 6: Speisesaal der Hessischen Berglandklinik

Durch diese Umbaumaßnahmen wurden zunächst 16 weitere Patientenbetten geschaffen. Ab Oktober 1973 standen der Hess.-Berglandklinik Endbach 72 Betten zur Verfügung. Mit dem weiteren Ausbau eines 1973 begonnenen Anbaues wurden insgesamt weitere 32 Betten geschaffen. Seit dem 1.7.1974 stehen der Hess.-Berglandklinik Endbach insgesamt 100 Betten für die Behandlung stationärer Patienten zur Verfügung.

In der Mehrzahl handelt es sich dabei um Zweibettzimmer:

- 19 Einbettzimmer
- 32 Zweibettzimmer
- 3 Dreibettzimmer
- 2 Vierbettzimmer



Abb. 7: Zweibettzimmer der Hessischen Berglandklinik

Mit dem Bau einer Krankengymnastischen Abteilung, die im Herbst 1975 fertiggestellt werden soll, wird die Rehabilitation der Patienten den heutigen Vorstellungen entsprechend verbessert werden können.

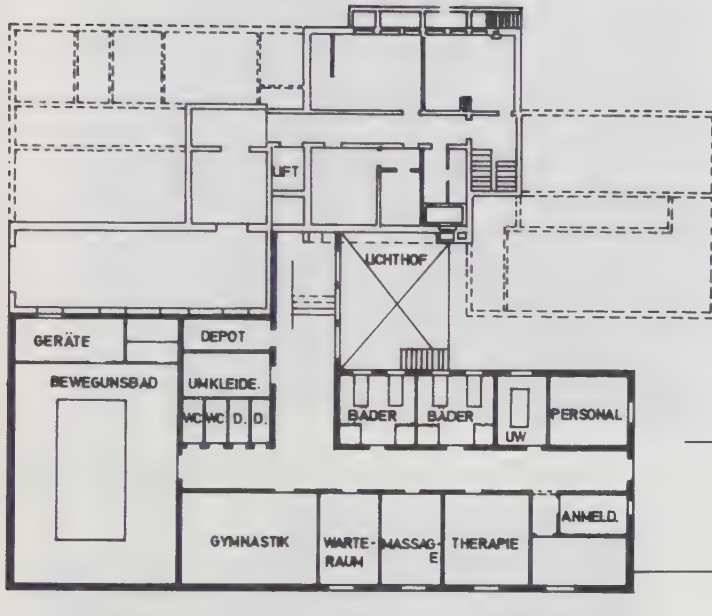


Abb. 8: Grundriß der Krankengymnastischen Abteilung der Hessischen Berglandklinik mit großem Bewegungsbad, Turnsaal, Bädern und Therapie-räumen.

Besonders trifft dies für unfallverletzte Patienten, die zur Nachbehandlung in die Hess.-Berglandklinik Endbach kommen, zu. Bis zur Fertigstellung dieser geplanten Krankengymnastischen Abteilung findet die Mobilisation der oft hochbetagten Patienten im Zimmer bzw. auf den Fluren statt (Abb. 9 - 12).

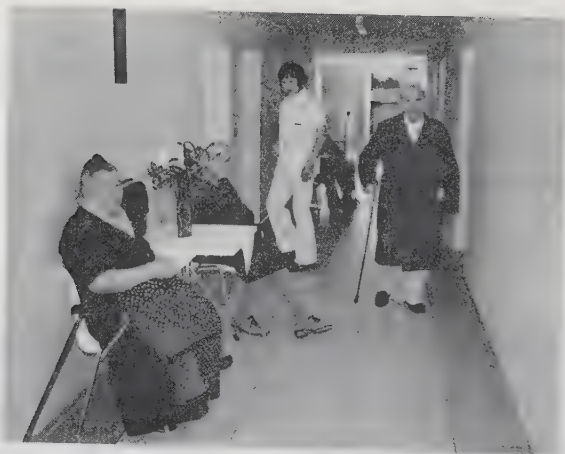


Abb. 9: Stationsflur der Hessischen Berglandklinik



Abb. 10: Patient M.K., 79 Jahre alt, bei Gehübungen im Gehwagen, 3 Monate nach operativ versorgter Tibia-trümmerfraktur

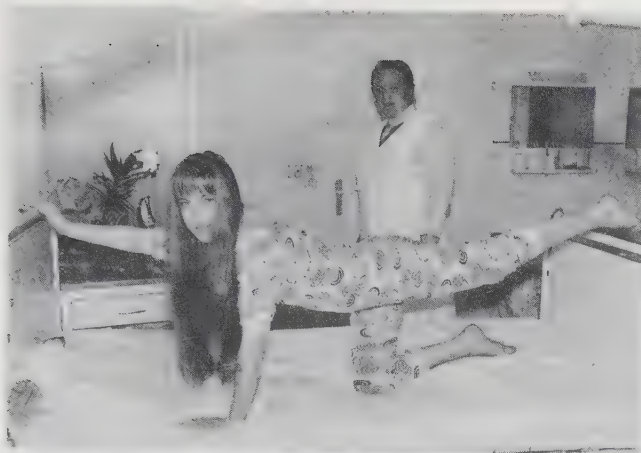


Abb. 11: Patientin E.K., 18 Jahre alt, bei täglichen krankengymnastischen Übungen, 14 Tage nach erlittener LWK-II-Fraktur.



Abb. 12:

Patientin G.F., 56 Jahre alt, bei täglichen Gehübungen, 6 Monate nach apoplektischem Insult bei Fortbestehen einer schlaffen Parese des re. Armes und des re. Unterschenkels. Durch Versorgung mit einem Filzkreuz und einer Peroneusfeder konnte die Gangsicherheit erheblich verbessert werden.

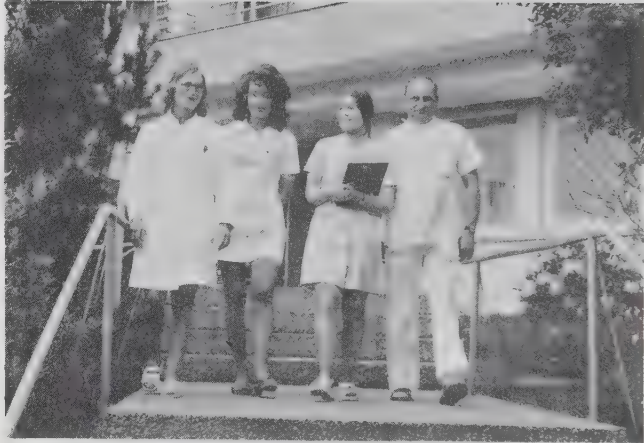


Abb. 13: Morgenvisite, auf dem Weg vom Neubau zum
Altbau der Hessischen Berglandklinik

Tägliche Visiten (Abb. 13) durch die drei in der Hess.-Berglandklinik Endbach tätigen Ärzte in der Begleitung von Schwestern und Pflegern haben das einst sanatoriumsmäßig geführte Haus zu einer wirklichen Nachsorgeklinik werden lassen.

3.2 Altersverteilung - Geschlechtsverteilung des Krankengutes.

Den Aufgaben einer Nachsorgeklinik entsprechend kamen vorwiegend ältere Patienten zur stationären Behandlung in die Hess.-Berglandklinik Bad Endbach (Abb. 14 a und 14 b).

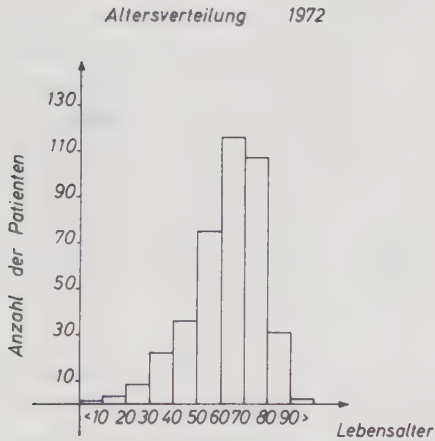
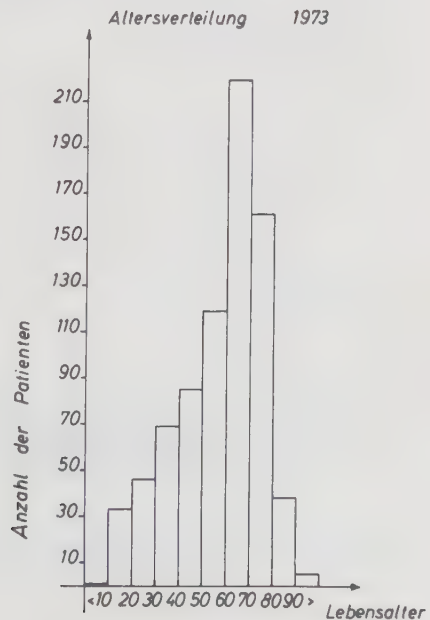


Abb. 14 a und 14 b:

Altersverteilung der Patienten der Hessischen Berglandklinik Bad Endbach in den Jahren 1972 und 1973.



Im Jahre 1972 waren 34,33 % der behandelten Patienten zwischen 50 und 80 Jahre alt.

1973 waren dagegen nur 64,21 % dieser Altersstufe zur stationären Behandlung gekommen. Nur 8,22 % der Patienten des Krankengutes aus dem Jahre 1972 waren noch nicht 40 Jahre alt. 1973 betrug der Prozentsatz dieser Altersstufe 19,04 %. Es zeigt sich also eine deutliche Veränderung in der Altersverteilung des Krankengutes zwischen dem Jahre 1972 und 1973. Der Anteil jüngerer Patienten hatte sich prozentual 1973 gegenüber 1972 verdoppelt. Betrachten wir nun die Absolutzahlen, so wurden im Jahre 1972 33 Patienten in der Altersstufe zwischen 10 und 40 Jahren behandelt, 1973 waren es insgesamt 148 Patienten. 1973 wurden damit 5 mal soviel Patienten der jüngeren Altersstufe zwischen 10 und 40 Jahren in der Hess.-Berglandklinik behandelt als im Jahre 1972.

Die Altersverteilung (Abb. 15) zeigt, daß die 60-70-jährigen Patienten in beiden Jahren den größten Anteil des Patientenkollektivs ausmachten. 1972 wurden insgesamt 116 Patienten dieser Altersklasse behandelt, 1973 waren es 219 Patienten.

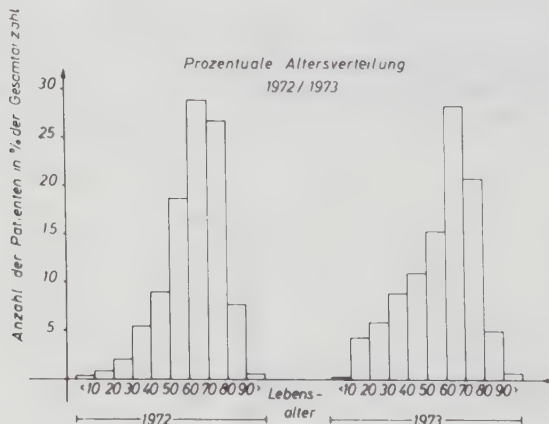


Abb. 15: Prozentuale Altersverteilung der Patienten der Hess.-Berglandklinik Bad Endbach in den Jahren 1972/1973.

Die 70 - 80-jährigen Patienten stellten zahlenmäßig die nächst größere Gruppe dar, 1972 waren es 107 Patienten, 1973 161 Patienten. 1972 wurden insgesamt 401 Patienten stationär in der Hess.-Berglandklinik behandelt. Im Jahre 1973 waren es fast doppelt soviel, nämlich 777 Patienten. Auffallend ist dabei (Abb. 15), daß in den höheren Altersstufen annähernd eine Verdoppelung in der Anzahl der stationären Patienten zu verzeichnen ist, vorwiegend aber eine Vermehrung in der Anzahl der jüngeren Altersklassen erfolgte. In den Altersstufen 10 - 20 Jahre waren es 1972 nur 3 Patienten, 1973 aber 33 Patienten. Hier haben wir eine Verzehnfachung. In den Altersstufen der 20 - 30-Jährigen waren es 1972 nur 8 Patienten, 1973 46 Patienten. Eine Verdreifachung fand sich in der Altersstufe der 30 - 40 -Jährigen. Annähernd gleich war die Anzahl der Patienten in dem Alter zwischen 80 und 90 Jahren.

Bereits bei der Betrachtung der einzelnen Altersgruppen fiel 1973 eine deutliche Verschiebung gegenüber 1972 für die jüngeren Altersstufen auf. Das macht sich auch bei den Absolutzahlen der aus der Hess.-Berglandklinik entlassenen bzw. verlegten Patienten bemerkbar. Während 1972 das Durchschnittsalter der Patienten $60,5 \pm 14,8$ Jahre betrug, fand sich für 1973 ein Durchschnittsalter von $56,9 \pm 17,4$ Jahre. Bei der weiteren Aufschlüsselung dieser Zahlen und Differenzierung nach dem Geschlecht der Patienten zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen dem Alter der weiblichen und der männlichen Patienten. 1972 betrug das Durchschnittsalter der Männer $57,8 \pm 15,3$ Jahre, 1973 $52,3 \pm 19,6$ Jahre. Das Durchschnittsalter der weiblichen Patienten betrug 1972 $63,1 \pm 14,3$ Jahre, 1973 dagegen $61,6 \pm 15,2$ Jahre.

Im Jahre 1972 waren von den 401 stationären Patienten der Hess.-Berglandklinik Endbach 148 männlichen Geschlechts, 253 weiblichen Geschlechts. 1973 waren vergleichsweise

zu 1972 mehr Männer als Frauen in der stationären Behandlung, nämlich 360 Männer und 417 Frauen. Kinder bis zum Alter von 10 Jahren standen nicht in der stationären Behandlung.

3.3 Zusammensetzung des Krankengutes.

Die Zusammensetzung des Krankengutes der Hess.-Berglandklinik Endbach ist aus der Tab. 1 ersichtlich. Außer einer Geschlechtsdifferenzierung ist aufgezeigt, aus welchen Kliniken bzw. Fachdisziplinen die Patienten zur weiteren Behandlung - Nachsorge - in die Hess.-Berglandklinik Bad Endbach verlegt wurden. Dabei zeigt sich, daß im Jahre 1972 die überwiegende Anzahl der Patienten aus dem Krankengut der Med.-Univ.-Klinik kam, 1973 dagegen über 50 % des Krankengutes aus der Chirurg.-Univ.-Klinik zur Nachsorge in die Berglandklinik verlegt wurden. Die Anzahl der aus medizinischer Behandlung kommenden Patienten verringerte sich sogar bei einer enormen Steigerung der Gesamtpatientenzahl im Jahre 1973 gegenüber 1972.

		Innere	Chirurgie	Orthopädie	Neurologie	Urologie	Sonstiges	LV
1972	♂ 148	61	40	6	16	8	17	/
	♀ 253	120	76	14	14	8	21	/
	Σ 401	181	116	20	30	16	38	/
1973	♂ 360	77	207	2	12	12	20	30
	♀ 417	87	229	3	14	7	36	41
	Σ 777	164	436	5	26	19	56	71

Tab. 1: Aufteilung des Krankengutes der Hess.-Berglandklinik Bad Endbach nach einweisenden Kliniken.
LV = Landschaftsverband.

1972 wurden 138 Patienten nach operativer Behandlung in die Hess.-Berglandklinik Bad Endbach verlegt (Abb. 16 a). Die meisten dieser Patienten, nämlich insgesamt 54, hatten eine Operation des Bewegungsapparates hinter sich. 24 Patienten waren wegen Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes operiert, 26 Patienten des Urogenitaltraktes. 9 Patienten hatten eine Herz- bzw. Gefäßoperation durchgeführt und nur 1 Patient eine Lungenoperation. Bei 38 dieser insgesamt 138 operativ behandelten Patienten bestand ein Malignom als Grundkrankheit (Abb. 16 a).

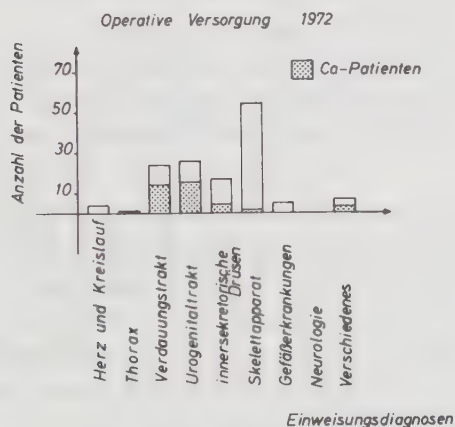


Abb. 16 a: Einweisungsdiagnosen der Patienten, die 1972 (Abb. 16 a) bzw. 1973 (Abb. 16 b) in die Hess.-Berglandklinik Bad Endbach nach vorausgegangener operativer Versorgung eines benignen bzw. malignen Prozesses zur Aufnahme kamen.

Fast dreimal so viele Patienten, insgesamt 376, kamen im Jahre 1973 nach einer operativen Behandlung zur weiteren Versorgung in die Hess.-Berglandklinik Bad Endbach (Abb. 16 b).

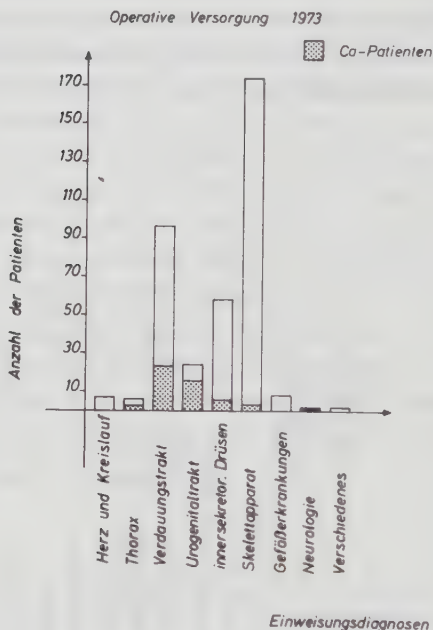


Abb. 16 b

Waren es 1972 nur 24 Patienten, die eine Operation des Gastrointestinaltraktes durchgemacht hatten, so betrug die Anzahl dieser Patienten 1973 96. Die Anzahl der Patienten nach Operationen an dem Bewegungsapparat hatte sich gegenüber 1972 verdreifacht, insgesamt waren es 173 Patienten gegenüber 54 Patienten aus dem Jahre 1972.

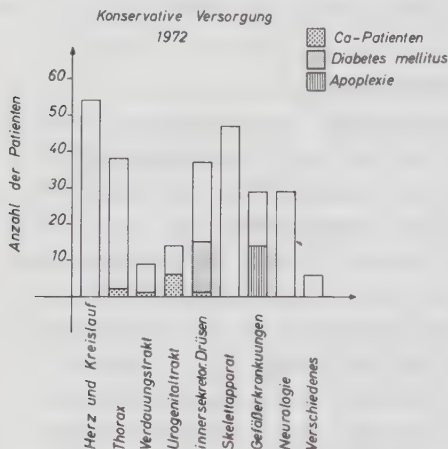
Betrachten wir den Prozentsatz der aus einer chirurgischen Klinik überwiesenen Patienten am Gesamtkrankengut der Hess.-Berglandklinik Bad Endbach, so ergibt sich für 1972 ein Anteil von 34,4 %, für 1973 ein Anteil von 48,3 %. 1972 wiesen 38 der 138 Patienten eine maligne Grunderkrankung auf, also 27,6 %, 1973 betrug der Prozentsatz dieser Kranken nur 13,8 %.

Das Krankengut der nicht operierten Disziplin ist in den Abb. 17 a und 17 b aufgezeichnet. Eine konservative Therapie erfolgte 1972 bei 236 der 401 Patienten, 1973 bei 401 der 777 Patienten. 1972 standen Herz-Kreislaufferkrankungen bei 54 Patienten im Vordergrund, 1973 bei 72 Patienten. Eine konservative Therapie wegen Erkrankungen des Atemtraktes erfolgte 1972 bei 38 Patienten, 1973 bei 34 Patienten. Eine konservative Therapie des Bewegungsapparates erfolgte 1972 bei 47 Patienten, 1973 dagegen bei 96 Patienten. Eine Verdoppelung des Krankengutes fand sich auch bei Patienten aus der Neurologischen Klinik. 1972 wurden 29 Patienten, 1973 dagegen 64 Patienten zur neurologischen Nachbehandlung überwiesen.

Berücksichtigen wir nun die prozentuale Verteilung dieser Patienten in Bezug auf das Gesamtkrankengut, so zeigt sich 1972 ein Prozentsatz von 65,5 %, 1973 dagegen ein deutlich verminderter Prozentsatz von 51,6 %. Eine deutliche Zunahme fand sich 1973 also bei den Patienten nach vorausgegangener operativer Therapie.

Von den 1972 konservativ behandelten Patienten hatten 10 Patienten ein Malignom als Grundkrankheit, Tumoren des Urogenitaltraktes standen im Vordergrund. 1973 wurden 22 Patienten wegen einer malignen Grundkrankheit nur konservativ behandelt, Tumoren des Magen-Darm-Traktes standen im Vordergrund.

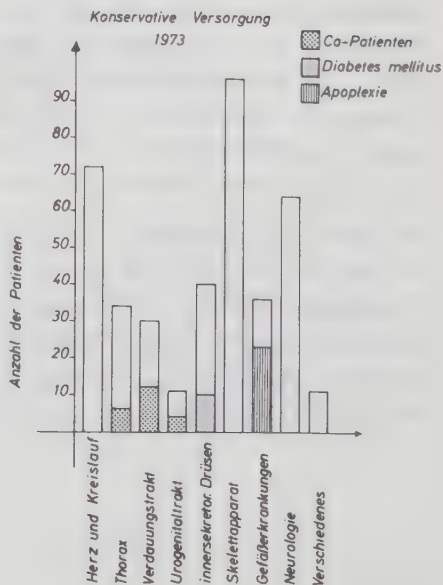
Mit der Einweisungsdiagnose: Diabetes mellitus kamen 1972 insgesamt 15 Patienten zur stationären Aufnahme, 1973 10 Patienten. Wegen einer Urogenitalerkrankung wurden 1972 insgesamt 14 Patienten konservativ behandelt, 1973 nur 11 Patienten.



Einweisungsdiagnosen

Abb. 17 a und 17 b:

Einweisungsdiagnosen der Patienten, die 1972 bzw. 1973 in die Hess.-Berglandklinik Bad Endbach nach vorausgegangener konservativer Versorgung von benignen und malignen Erkrankungen sowie Diabetes mellitus und Apoplexie zur Aufnahme kamen.



Einweisungsdiagnosen

3.4 Labordiagnostik.

1972 wurde 401 mal ein kleiner Befundstatus erhoben. Dazu gehörte die Blutsenkung, ein kleines Blutbild mit Bestimmung der Erythrozytenzahl, der Leukozytenzahl und des Hämatokritwertes. Es zeigte sich, daß bei jedem Patienten dieses Untersuchungsspektrum einmal durchgeführt wurde. Kontrolluntersuchungen fanden also nur selten statt, bei einigen Patienten wurde auch dieser kleine Befundstatus nicht erhoben. 1973 wurde der kleine Befundstatus bei der stationären Aufnahme, vor der Entlassung und in vielen Fällen mehrfach während des Aufenthaltes durchgeführt.

Bei 29 Patienten wurde im Jahre 1972 der Quickwert bestimmt. 1973 erfolgte die Bestimmung des Quickwertes in 78 Fällen. Bezogen auf die Gesamtzahl der Patienten war eine Quick-Bestimmung nicht häufiger erfolgt. Während 1972 außer der Bestimmung des Quickwertes keine Blutgerinnungsuntersuchungen erfolgten, wurde der komplette Gerinnungsstatus 1973 31 mal erhoben.

Enzymbestimmungen erfolgten 1972 nur 62 mal, 1973 dagegen 343 mal. Hier ist besonders hervorzuheben, daß 1972 nur die Bestimmung der Serumglutamatoxalattransaminase und der Serumglutamapiruvattransaminase erfolgte. 1973 wurden außer der SGOT und SGPT noch die CPK (Kreatininphosphokinase), die LDH (Lactatdehydrogenase), die alpha-Amylase und die alkalische Phosphatase bestimmt.

Bestimmungen der Serumelektrolyte erfolgten 1972 nur bei 23 Patienten, 1973 dagegen bei einem Drittel der Patienten mit häufigen Kontrolluntersuchungen.

Die Rheumafaktoren wurden 1972 bei keinem der 401 Patienten bestimmt. 1973 wurde die Bestimmung der Rheumafaktoren bei 23 Patienten vorgenommen und kontrolliert.

Die Bestimmung des Serumkreatinins und Serumharnstoffes erfolgte 1972 nur bei 23 Patienten, 1973 bei 468 Patienten mit mehreren Kontrollen. Außerdem erfolgte 1973 die Bestimmung der Harnsäure im Serum.

Elektrocardiographische Untersuchungen erfolgten 1972 bei 332 Patienten. Insgesamt wurden bei 82,8 % der Patienten ein EKG angefertigt. Bei 23 dieser Patienten wurde ein 2. bzw. ein 3. Verlaufs-EKG angefertigt. Dagegen wurden 1973 nur 52 EKGs geschrieben, bei 9 dieser 52 Patienten allerdings 1 bzw. mehrere Kontroll-EKGs.

3.5 Röntgendiagnostik.

1972 wurden bei 69 der stationär aufgenommenen Patienten Röntgenuntersuchungen angefertigt, hierbei wurden nur Thoraxübersichtsaufnahmen gemacht. Röntgenkontrolluntersuchungen fanden nicht statt. Dagegen wurden 1973 bei 154 Patienten Röntgenaufnahmen angefertigt, hier allerdings bei 57 Patienten 1 bzw. mehrere Röntgenkontrolluntersuchungen.

3.6 Letalität des Krankengutes.

Die Letalität der in der Hess.-Berglandklinik Endbach stationär behandelten Patienten betrug 1972 13,2 %, 1973 7,8 %. Das Durchschnittsalter der im Jahre 1973 verstorbenen Patienten betrug $73,5 \pm 8,3$ Jahre, 1972 $73,9 \pm 8,0$ Jahre. Der jüngste Patient war 51 Jahre alt, der älteste Patient 88 Jahre.

Bei der Betrachtung der Diagnosen der im Jahre 1972 verstorbenen Patienten fällt auf, daß 15 Patienten (28,9 %) an den Folgen einer malignen Erkrankung verstarben.

6 Patienten litten an einem Carcinom des Urogenitaltraktes, 15 Patienten standen in der postoperativen Behandlung nach Extremitätenverletzungen, vorwiegend Schenkelhalsfrakturen. Die jüngste Patientin war im Alter von 51 Jahren an den Folgen eines Lebercarcinoms verstorben, die älteste Patientin mit 88 Jahren verstarb 4 Wochen nach operativer Versorgung einer Schenkelhalsfraktur.

1973 verstarben insgesamt 61 Patienten. 22 dieser Patienten (36,1 %) standen wegen einer malignen Erkrankung in Behandlung. Allein 10 dieser 61 Patienten wiesen ein Carcinom des Urogenitaltraktes auf, 7 Patienten waren an einem Carcinom des Magen-Darm-Traktes erkrankt. 14 Patienten verstarben nach operativer Versorgung von Extremitätenverletzungen, allein 12 davon nach operativer Versorgung einer Schenkelhalsfraktur. Der jüngste Patient mit 43 Jahren dieses Kollektivs verstarb an den Folgen eines Magencarcinoms, der älteste Patient im Alter von 90 Jahren an den Folgen eines Blasencarcinoms.

3.7 Ambulante Vorstellung der Patienten in Universitätskliniken zu Kontrolluntersuchungen, zur Diagnostik oder Therapie; Verlegungen in Universitätskliniken.

Ambulante Transporte und deren Häufigkeit in Univ.-Kliniken sind in der Tab. 2 dargestellt. 1972 waren insgesamt 106 Transporte erforderlich, 1973 bei einer doppelten Belegung nur 45 Transporte. Die starke Reduzierung der Transporte zeichnet sich besonders im Fachgebiet der Chirurgie aus.

Während 1972 84 Transporte in die Chirurg.-Univ.-Klinik Marburg bzw. in die Chirurg.-Univ.-Klinik Giessen erforderlich waren, waren im Jahre 1973 nur noch 4 Transporte indiziert.

Die Vorstellung zur ambulanten Kontrolluntersuchung in der Chirurg.-Univ.-Poliklinik Marburg war vorwiegend bei Patienten erforderlich, die zu einer Nachsorge nach Endbach verlegt wurden.

	1972	1973
Chirurgie	84	4
Medizin	2	2
Urologie	5	3
Neurologie	8	9
Augen	2	5
Radiologie	1	2
HNO	1	3
Frauen		2
Orthopädie	3	7
Zahn		6
Dermatologie		2
gesamt:	106	45

Tab. 2: Ambulante Transporte von Patienten in den Jahren 1972 und 1973 aus der Hessischen Berglandklinik Bad Endbach in Universitätskliniken aus diagnostischen oder therapeutischen Gründen.

12 Patienten mußten 2 mal zu einer ambulanten Vorstellung nach Marburg gebracht werden, 8 Patienten sogar 3 mal und 1 Patient wurde 9 mal während seines stationären Aufenthaltes in Endbach ambulant in der Chirurg.-Univ.-Klinik Marburg vorgestellt. Die Vorstellungen erfolgten vorwiegend zu Röntgenkontrolluntersuchungen, eine neue therapeutische Anweisung wurde mitgegeben.

In der Tab. 3 sind die Verlegungen von Patienten aus dem Jahre 1972 und 1973 in Univ.-Kliniken dargestellt. Dabei fällt auf, daß im Jahre 1973 42 Patienten zu therapeutischen Maßnahmen in die Chirurg.-Univ.-Klinik Marburg oder aber in wenigen Fällen nach Giessen erfolgte. Betrachten wir die Verlegungen in die Chirurg.-Kliniken 1972 und 1973, so wurden 1972 nur 1,2 % der behandelten Patienten aus der Hess.-Berglandklinik Bad Endbach verlegt, 1973 dagegen 5,4 %. Die Verlegung in andere Fachkliniken dagegen ist annähernd konstant geblieben.

	1972	1973
Chirurgie	5	42
Medizin	8	12
Urologie	3	3
Neurologie	2	3
Augen	1	
Radiologie	1	2
HNO		1
Frauen		1
Orthopädie		1
Psychiatrie	1	
gesamt:	21	65

Tab. 3: Verlegungen von Patienten in den Jahren 1972 und 1973 aus der Hessischen Berglandklinik Bad-Endbach in Universitätskliniken zu therapeutischen bzw. diagnostischen Maßnahmen.

3.8 Behandlungstage in der Hessischen Berglandklinik
Bad Endbach; stationäre Aufenthaltsdauer.

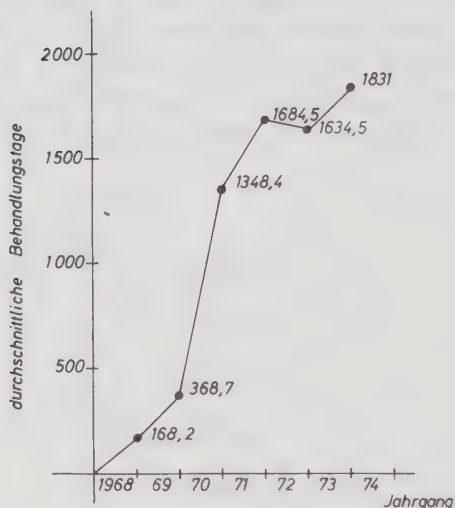


Abb. 18: Durchschnittliche Behandlungstage in der Hessischen Berglandklinik Bad Endbach in den Jahren 1968 bis 1973.

Betrachten wir die durchschnittlichen Behandlungstage (Abb. 18) für den Zeitraum von 1968 bis 1973, so zeigt sich, daß von 1969 zu 1970 ein großer Sprung eintrat. Die durchschnittlichen Behandlungstage stiegen von 368,7 im Jahre 1969 auf 1348,4 Tage im Jahre 1970. Vergleichen wir die beiden Jahre 1972 und 1973, so ist auch hier eine deutliche Zunahme um ca. 200 Behandlungstage pro Monat zu verzeichnen. Die Behandlungstage stiegen von 1 634,5 Tagen im Jahre 1972 auf 1 831 Tage im Jahre 1973 an.

1968 und 1969 (Abb. 19 a) waren zeitweise keine Patienten in stationärer Behandlung der Hess.-Berglandklinik. Die Klinik war im Jahre 1968 nur in den Monaten Juli, August und September teilweise belegt, die Spitzenbelegung fand sich im Juli 1968 mit 1010 Behandlungstagen.

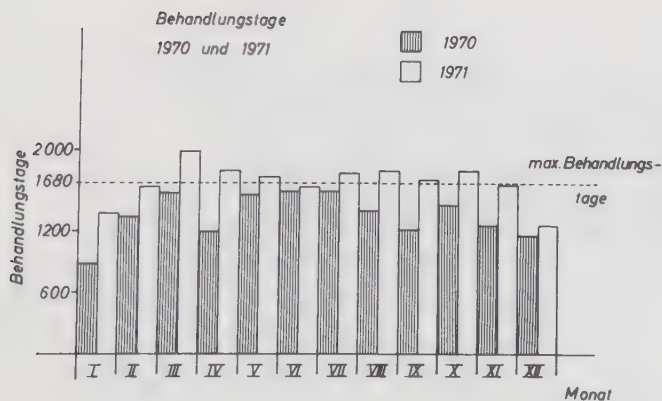
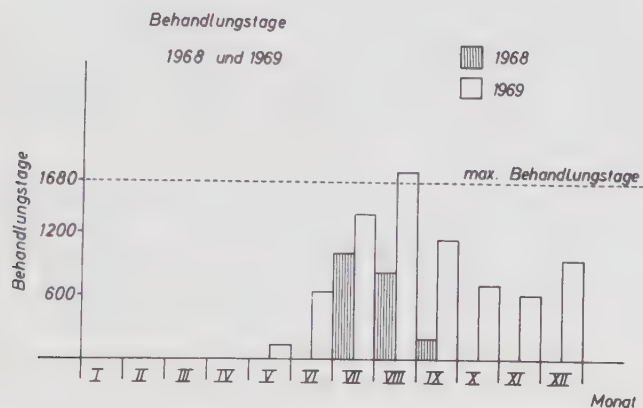


Abb. 19 a und 19 b: Behandlungstage in der Hessischen Berglandklinik Bad Endbach in den Jahren 1968 und 1969 sowie 1970 und 1971.

Im Jahre 1969 fanden stationäre Behandlungen nur während der Monate Mai bis Dezember statt. Dabei wurde nur im Monat August das Maximum mit 1 680 Behandlungstagen überschritten (Abb. 19 a).

1970 war eine kontinuierliche Belegung in der Hess.-Berglandklinik Endbach zu verzeichnen. Die maximalen Behandlungstage von 1 680 pro Monat wurden jedoch nicht erreicht. Erst im März 1971 kam es dann zu einer Überschreitung der Behandlungstage pro Monat, hier wurden 1 985 Behandlungstage gezählt (Abb. 19 b).

Betrachten wir die Behandlungstage aus dem Jahre 1972, so fällt auf, daß nur über 6 Monate des Jahres, und zwar in den Monaten Juni bis November 1972, die maximalen Behandlungstage von 1 680 erreicht, bzw. überschritten wurden.

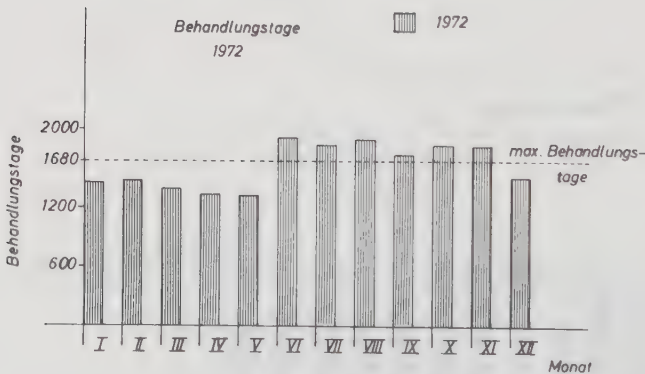


Abb. 20 a und 20 b:

Behandlungstage in der Hessischen Berglandklinik Bad Endbach in Bezug auf die maximalen Behandlungstage in den Jahren 1972 und 1973.

In den übrigen Monaten des Jahres 1972 lagen die Behandlungstage unter dem Soll, d.h. unter dem Maximum an Behandlungstagen von 1 680 pro Monat (Abb. 20 a). Diese maximalen Behandlungstage ergeben sich aus der Tatsache von vorhandenen 56 Betten der Klinik, die im Jahre 1972 belegt werden konnten. Ganz anders dagegen sieht das Bild 1973 aus (Abb. 20 b). Im Laufe des Jahres 1973 erhöhte sich die Kapazität durch Inbetriebnahme weiterer Krankbetten. Die Behandlungstage stiegen von 1 680 pro Monat auf 2 100 an. Die erreichten Behandlungstage des Jahres 1973 lagen außer im Monat Dezember über dem Maximum. Eine Unterbelegung fand sich im Jahre 1973 nicht.

Wie aus der Abb. 20 b weiter hervorgeht, konnten ab Juli 1973 1 770, ab August 1 860 und ab Oktober 1973 2 100 Behandlungstage erreicht werden. Im Juli wurden bei 1 700 Behandlungstagen 2 168 Behandlungstage erzielt. Dies ergibt sich aus der Tatsache, daß noch am Entlassungstag eine erneute Aufnahme erfolgte.

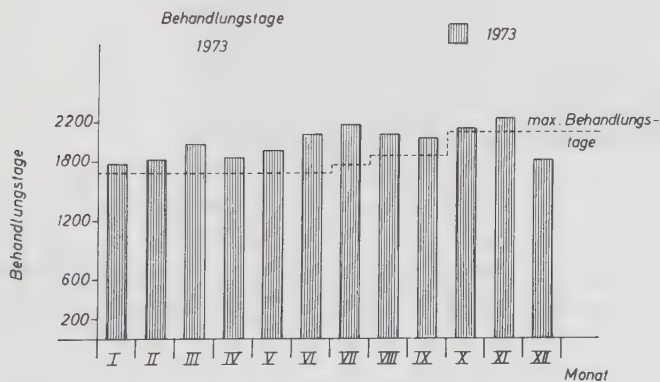


Abb. 20 b.

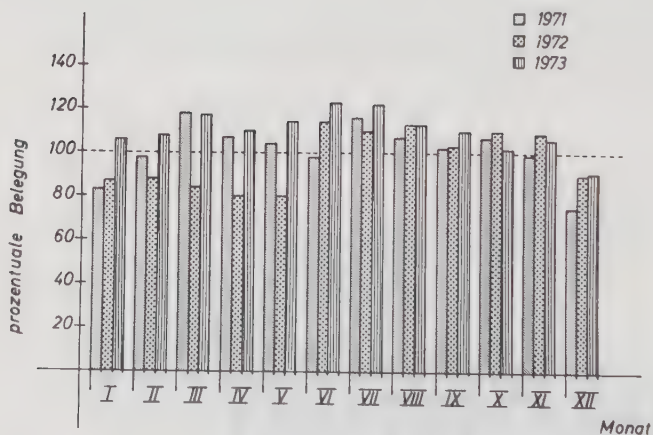
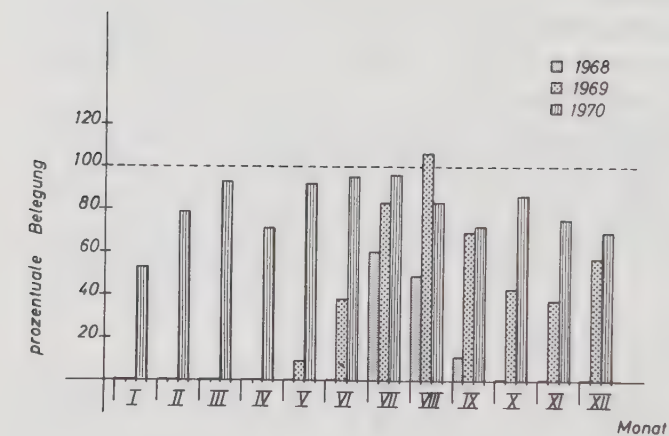


Abb. 21 a und 21 b: Prozentuale Belegung in der Hessischen Berglandklinik Bad Endbach in den Jahren 1968 - 1970 und 1971 - 1973.

Betrachten wir die prozentuale Belegung im Jahre 1968 bis 1970, so fällt auf, daß die ideale Belegung nur im August 1969 mit 100 % erreicht wurde (Abb. 21 a). Im Jahre 1971 finden sich dann erhebliche Schwankungen in der prozentualen Belegung. Im März findet sich eine Überbelegung mit 118,15 %, im Dezember eine Unterbelegung mit 75 %. Auch das Jahr 1972 zeigt noch erhebliche Schwankungen in der Belegung. Bei einer Unterbelegung in der ersten Hälfte des Jahres 1972 findet sich dann eine Überbelegung ab Juni 1972, lediglich im Dezember kommt es nochmals zu einer Unterbelegung. Obwohl die prozentuale Belegung in den Monaten Januar bis Mai 1972 um 80 % schwankt, kann dann bei gleichbleibender prozentualer Überbelegung ab Juni 1972 als Ergebnis der im März 1972 begonnenen Gespräche der Klinikverwaltung der Hess.-Berglandklinik mit der AOK Marburg und Biedenkopf wie auch mit Vertretern der Univ.-Klinikverwaltung Marburg betrachtet werden. Eine besonders starke Überbelegung fand sich in den Monaten Juni und Juli 1973, hier wurde eine Belegung von 123,0 bzw. 122,4 % erreicht (Abb. 21 b).

Stationäre Aufenthaltsdauer der in der Nachsorgeklinik behandelten Patienten.

Die Tab. 4 und 5 zeigen die stationäre Aufenthaltsdauer der im Jahre 1972 und im Jahre 1973 in der Hess.-Berglandklinik Bad Endbach behandelten Patienten. Bei der Betrachtung dieser Tabellen zeigt sich eine sehr lange Aufenthaltsdauer von 46,2 Tagen bei erheblicher Streuung mit $\pm$ 31,4 Tagen im Jahre 1972. Die erhebliche Streuung ist nicht verwunderlich, wenn wir berücksichtigen, daß vorwiegend ältere Patienten und Patienten mit lang andauernder Behandlung in der Berglandklinik behandelt wurden. Beispielsweise benötigen viele der alten Patienten, die nach einer operativen Versorgung einer Schenkelhalsfraktur

stationär behandelt wurden, etwa 12 - 14 Wochen, bis sie wieder soweit mobilisiert waren, daß sie nach Hause entlassen werden konnten. Andererseits fällt jedoch sofort ins Auge, daß im Jahre 1973 die durchschnittliche Verweildauer auf 19,9 Tage zurückging und nur eine sehr geringe Streuung mit $\pm 11,4$ Tagen aufweist. Auch in dieser Zeit waren gleich viele alte Patienten mit gleichen Erkrankungen wie im Jahre 1972 in der stationären Behandlung.

		Lebensalter (Jahre)			Verweildauer (Tage)
		♂	♀	♂ + ♀	
1972	x	57,8	63,1	60,5	46,2
	$\pm s$	15,3	14,3	14,8	31,4
	n	130,0	219,0	349,0	349,0
1973	x	52,3	61,6	56,9	19,9
	$\pm s$	19,6	15,2	17,4	11,4
	n	334,0	382,0	716,0	716,0

Tab. 4: Aufenthaltsdauer der im Jahre 1972 und 1973 in der Berglandklinik behandelten und entlassenen Patienten. Angegeben sind die Mittelwerte (x) sowie die Streuung ($\pm s$) der Kollektive; n = Anzahl.

Neu war im Krankengut der Berglandklinik im Jahre 1973 die stationäre Aufnahme anderer Erkrankungen. Beispielsweise wurden Patienten schon 1 - 2 Tage nach einer Appendektomie oder nach operativer Versorgung eines Leistenbruches, eines Nabelbruches oder Narbenbruches aufgenommen, andererseits wurden Patienten nach einer Operation an der Schilddrüse oder der Gallenblase aufgenommen und dies unmittelbar postoperativ. Daß sich bei diesen Patienten nur

ein kurzzeitiger stationärer Aufenthalt ergab, ergibt sich aus der Erkrankung bzw. durchgemachten Operation. Nur so ist es zu erklären, daß die Zahl der in der Berglandklinik Endbach im Jahre 1973 behandelten Patienten von 401 auf 777 gesteigert werden konnte. Wie aus den Abbildungen hervorgeht, wurde allerdings auch im Jahre 1973 die Bettenkapazität der Berglandklinik erhöht. Daß die Erhöhung der Bettenkapazität nicht alleinige Ursache für die vermehrte Behandlung stationärer Patienten war, zeigt die kurze stationäre Verweildauer mit sehr geringer mittlerer Streuung des Kollektivs.

		Lebensalter (Jahre)			Verweildauer (Tage)
		♂	♀	♂+♀	
1972	x	73,5	74,3	73,9	30,7
	±s	8,8	7,5	8,0	45,3
	n	21,0	31,0	52,0	52,0
1973	x	73,1	73,9	73,5	24,1
	±s	7,4	9,3	8,3	19,3
	n	30,0	31,0	61,0	61,0

Tab. 5: Aufenthaltsdauer der im Jahre 1972 und 1973 in der Berglandklinik verstorbenen Patienten. Angegeben sind die Mittelwerte (x) sowie die Streuung (±s) der Kollektive; n = Anzahl.

Die Tab. 5 zeigt, daß sich auch die Verweildauer der schließlich verstorbenen Patienten im Krankengut der Berglandklinik deutlich verkürzt hat. Hieraus eine

Schlußfolgerung zu ziehen, ist nach Durchsicht des Krankengutes nicht möglich. Sowohl im Jahre 1972 als auch im Jahre 1973 kamen auch Patienten in die Berglandklinik, denen durch medizinische Maßnahmen nicht mehr geholfen werden konnte. Sie litten beispielsweise an inkurablen, malignen Erkrankungen und wurden zur Pflege überwiesen.

4. D I S K U S S I O N

4.1 Entwicklung der Hessischen Berglandklinik Bad Endbach bis Ende 1972 ; Gründe der Unterbelegung.

Die Hess.-Berglandklinik Endbach sollte ursprünglich für die Behandlung Krebskranker eingerichtet und organisiert werden. Dieser Plan scheiterte jedoch, offenbar waren wesentliche Voraussetzungen überhaupt nicht erfüllt. Der Gedanke, die leerstehenden Krankenbetten für die Nachsorge von Rekonvaleszenten zu nutzen, war gut. Das Organisationssystem der Berglandklinik reichte jedoch für die Erfüllung solcher Aufgaben nicht aus. Durch die fehlende Bindung der Berglandklinik an ein Akutkrankenhaus der Nachbarschaft war eine wesentliche Voraussetzung im Organisationsprinzip der Klinik nicht erfüllt. Es wäre denkbar gewesen, durch einen engen persönlichen Kontakt zwischen der ärztlichen Leitung der Hess.-Berglandklinik Bad Endbach und den in der Nachbarschaft gelegenen Universitätskliniken Marburg und Giessen eine Nachbehandlung bestimmter Rekonvaleszenten in Endbach aufzubauen. Dieser Kontakt kam jedoch nicht zustande, der lose Kontakt reichte nicht aus, um den behandelnden Ärzten in den Univ.-Kliniken eine Garantie für die von ihnen vorgeschlagene Behandlung von Rekonvaleszenten zu garantieren. Die fehlende feste Anbindung der Hess.-Berglandklinik an die Univ.-

Kliniken mußte sich zwangsläufig auf die Patienten auswirken. Die Patienten konnten nicht das Gefühl gewinnen, daß die ihnen im Akutkrankenhaus empfohlene Therapie mit aller Konsequenz in der Berglandklinik fortgesetzt würde. Waren im Univ.-Klinikum täglich zweimal Visiten des Stationsarztes und seiner Mitarbeiter üblich, so sahen sie in der Hess.-Berglandklinik nur zweimal wöchentlich einen Arzt zur Visite. Die für manch einen der Patienten im Univ.-Klinikum wichtige und richtunggebende Entscheidung während einer Chef- oder Oberarztvisite fehlte überhaupt. Der nach Endbach verlegte Rekonvaleszent sah sich einem ihm bis dahin unbekannten Arzt gegenüber, der sich mit seiner Erkrankung erst vertraut machen mußte. Zum anderen mußten die Patienten den Eindruck gewinnen, daß bei der losen Bindung zwischen Univ.-Kliniken und Berglandklinik die ihnen aufgezeigte erforderliche Therapie nicht zuteil wurde.

In Übereinstimmung mit den Empfehlungen des Wissenschaftsrates vertritt GOERKE die Ansicht, daß eine enge Nachbarschaft des Akutkrankenhauses und der Nachsorgeklinik eine Voraussetzung für die Funktionstüchtigkeit einer Nachsorgeklinik darstellt. Der im Akutkrankenhaus tätige Ärztestab sollte die Patienten in der Nachsorgeklinik mitbetreuen. Nur so kann eine einheitliche, an die Person des Klinikarztes gebundene und durch ihn geplante Behandlung ermöglicht werden. Dies ist aus medizinischen und psychologischen Gründen unerlässlich. Der Kranke muß das Gefühl gewinnen, daß auch nach der Verlegung in eine Nachsorgeklinik Betreuung und Versorgung in der gleichen ärztlichen Hand liegen. Diese Voraussetzungen waren in der Hess.-Berglandklinik Bad Endbach nicht gegeben. Teilweise gewannen die Patienten sogar den Eindruck, als "nicht wichtiger Fall" abgeschoben zu sein. Hatten im

Akutkrankenhaus tägliche Untersuchungen im Labor und in der Röntgenabteilung stattgefunden, so fehlten derartige Untersuchungen, und sei es als Kontrolluntersuchung, während des Aufenthaltes in der Berglandklinik weitgehend. Die Tatsache, daß ein Teil der Patienten aus der Hess.-Berglandklinik zu Röntgenkontrolluntersuchungen nach Marburg gebracht werden mußte, ließ bei den Patienten ein Unsicherheitsgefühl aufkommen. Für die kurzzeitige unkomplizierte Röntgenuntersuchung von Extremitäten und Wirbelsäule mußten die Patienten einen für sie anstrengenden Transport im Krankenwagen, längere Wartezeiten in den Univ.-Polikliniken in Kauf nehmen und im Winter sogar die unangenehme Kälte tolerieren. Allein die Tatsache, daß Patienten zur Beurteilung einer Sekundärheilung die Ambulanz des Akutkrankenhauses aufsuchen mußten, war für die Patienten unbefriedigend und stellte für sie im Zusammenhang mit den o.g. Gegebenheiten die Frage in den Raum, ob sie auch wirklich fachgerecht betreut werden. Die z.T. fehlende fachliche ärztliche Besetzung in der Hess.-Berglandklinik Bad Endbach gestattete nicht eine frühzeitige Verlegung operierter Patienten. Damit konnte trotz bestehender Bettennot in vielen Fällen keine Entlastung der operativen Abteilungen aus dem Univ.-Klinikum erfolgen.

Bettenknappheit im Univ.-Klinikum, dem Akutkrankenhaus, und fehlende Vollbelegung im Nachsorgekrankenhaus, der Hess.-Berglandklinik, standen sich konträr gegenüber. Dies mußte zweifelsohne dazu führen, daß die Hess.-Berglandklinik in den Zeiten einer Vollbelegung unter Personalmangel zu klagen hatte. Als Privatinstitution konnte es sich die Berglandklinik nicht leisten, Personal in überdimensionaler Größenordnung zu beschäftigen ohne die für eine Vollbelegung kalkulierten Unkosten durch Einnahme der Pflegesätze zu decken.

Eine Verbesserung in der wirtschaftlichen Situation der Hess.-Berglandklinik Bad Endbach trat in der 2. Hälfte 1972 ein. Vorausgegangen waren Gespräche zwischen den Ortskrankenkassen Marburg und Biedenkopf, Vertretern der Univ.-Kliniken und der Leitung der Hess.-Berglandklinik. In diesen Gesprächen wurde nochmals auf den Bettenbedarf für den Raum Marburg hingewiesen und eine enge Zusammenarbeit zwischen der ärztlichen Leitung der Berglandklinik mit den Univ.-Kliniken befürwortet. Eine Besichtigung der Hess.-Berglandklinik in unmittelbarem Anschluß an die Besprechungen ließ dann auch erkennen, daß die räumlichen Voraussetzungen in der Berglandklinik geradezu geeignet sind, Patienten in größerem Umfang zur Nachsorge nach Endbach zu verlegen und damit eine bessere Ausnutzung der Bettenkapazität in den Univ.-Kliniken zu schaffen. Einerseits bestand der große Bedarf zur frühzeitigen Verlegung von Patienten, andererseits war durch die nach Endbach verlegten Patienten immer wieder zu hören, daß sie nicht den vorgeschlagenen Empfehlungen entsprechend ihre Behandlung erhielten. Wie sich dann auch später herausstellte, waren die von den Patienten vorgebrachten Klagen z.T. berechtigt. Beispielsweise wurden keine Fieberkurven geführt, regelmäßiges Messen der Temperatur unterblieb, die Mobilisation wurde nicht in dem gewünschten Maße durchgeführt.

4.2 Entwicklung der Hessischen Berglandklinik ab 1.1.1973; Funktion und Bedeutung einer Nachsorgeklinik.

Wie eingangs dargestellt, wurde die ärztliche Leitung in der Hess.-Berglandklinik Bad Endbach am 1.1.1973 abgelöst. Ab sofort fanden tägliche Visiten statt, zusätzlich wurden tägliche Visiten durch einen Facharzt für Chirurgie der Univ.-Klinik Marburg durchgeführt. Ein Teil der Patienten, nämlich die aus der Chirurg.-Univ.-Klinik nach End-

bach verlegten Patienten, sah sich nun in Endbach einem ihnen bekannten Arzt gegenüber. Und schon kurze Zeit später konnte durch Gewinnung eines Internisten aus der Med.-Univ.-Poliklinik Marburg erreicht werden, daß Patienten mit internen Erkrankungen durch ihn untersucht wurden und er die eingeleiteten Therapien regelmäßig kontrollierte. Ab Anfang 1973 wurde der innerbetriebliche Ablauf in der Hess.-Berglandklinik in vielen Punkten dem der Univ.-Kliniken angeglichen. Temperaturmessungen, das Führen einer Krankenkurve, regelmäßige Verbandswechsel, Laboruntersuchungen und deren Kontrollen, tägliche ärztliche Visiten, intensive krankengymnastische Mobilisation und Röntgenkontrollen ohne Transport nach Marburg wurden zur Selbstverständlichkeit.

Selbstverständlich war es nicht erforderlich, den Tagesablauf der Berglandklinik so streng zu organisieren, wie dies in dem Akutkrankenhaus, den Univ.-Kliniken, erforderlich ist. Die in die Berglandklinik verlegten Patienten sollten unter der entsprechenden Nachbehandlung auf die Wiedereingliederung in die Familie, bzw. den Beruf vorbereitet werden. Die bauliche Struktur der Berglandklinik mit Ein- und Zweibettzimmern in reizvoller Umgebung war dazu eine günstige Voraussetzung. Interessanterweise zeigte sich jedoch immer wieder, daß die meisten der Patienten über die Tatsache, in einem Einzelzimmer untergebracht zu sein, eher unglücklich als glücklich waren. Sie fühlten sich verlassen und hegten den Wunsch, möglichst bald wenigstens in ein Zweibettzimmer, am liebsten jedoch in ein Dreibett- oder Vierbettzimmer verlegt zu werden. Hierin zeigt sich, daß die heute in der Bundesrepublik von vielen diskutierten Ziele über die Schaffung von kleinen Krankenzimmern gar nicht so sehr im Interesse vieler Patienten stehen. Gerade der in der Rekonvaleszenz stehende Patient

möchte viel lieber die Möglichkeit haben, in Gesprächen mit anderen Patienten Abwechslung zu finden. Ein- und Zweibettzimmer sind also nur für einen kleinen Anteil der Patienten willkommen. Selbst die meisten mobilen Patienten, denen ein Aufenthalt im Tagesraum mit anderen Patienten möglich ist, fühlten sich in einem Einzelzimmer oft nicht recht wohl.

Der Ruf nach einer Entlastung der Akutkrankenhäuser durch "Nachsorgekliniken" ist in den letzten Jahren nicht mehr zu überhören. So hieß es im Deutschen Ärzteblatt vom 8.3.73, daß seit über 10 Jahren versucht wird, bestehende Kleinkrankenhäuser zur Errichtung einer Nachsorgeklinik anzuregen oder aber sogar zu verpflichten. In der Oberhessischen Presse vom 13.11.73 wurde der Baubeginn für das neue Univ.-Klinikum auf den Lahnbergen für 1974 in Aussicht gestellt. Ziel ist es, von den jetzt im Stadtbereich verteilten Kliniken mit einer Gesamtkapazität von 1 400 Betten lediglich die Psychiatrie, Neurologie und Zahnklinik sowie eine Nachsorgeklinik mit einer 400-Betten-Kapazität im Stadtbereich zu belassen.

In Anlehnung an den Begriff "extended care facility" wurde die Bezeichnung "Nachsorgeklinik" geschaffen. Darunter versteht man eine klinische Abteilung für die Aufnahme von Patienten in der Rekonvaleszenzphase sobald die teure Infrastruktur des Akutkrankenhauses nicht mehr erforderlich, ärztliche und pflegerische Behandlung aber noch notwendig sind, oder die Behandlung nicht in einem Spezial- bzw. Sonderkrankenhaus weitergeführt zu werden braucht. Voraussetzung ist eine enge Anbindung der Nachsorgeklinik an die Akutklinik. Schon aus dieser Definition ergibt sich der Sinn, der in einer Entlastung von Univ.-Kliniken liegen soll. Während JOCHHEIM unter der Nachsorgeklinik eine allgemeine Rehabilitationsabteilung verstehen möchte, sieht GOERKE am Beispiel des Klinikums Steglitz andere Aufgaben:

Zur optimalen Nutzung des Akutkrankenhauses sollten die Patienten, die die hochwertigen Einrichtungen nicht mehr unbedingt benötigen, in die Nachsorgeklinik verlegt werden. Somit entspricht die Nachsorgeklinik einer normalen Bettenabteilung mit normalem Labor und Röntgenmöglichkeit bei fehlender Möglichkeit für Spezialuntersuchungen. Die Wiederherstellung der Patienten soll absehbar und eine physikalische Therapie möglich sein.

Mit dieser Definition der Funktion einer Nachsorgeklinik ergibt sich, daß sie für alle Großkliniken - Akutkrankenhäuser - vorhanden sein sollte. Eine faktische Erweiterung der Bettenkapazität des Akutkrankenhauses sollte jedoch nicht daraus resultieren. Eine strenge Abgrenzung der Nachsorgeklinik zum Krankenhaus für chronisch Kranke, zum Langzeitkrankenhaus, zum Rehabilitationskrankenhaus, zur Geriatriischen Abteilung, zum Pflegeheim und Kurkrankenhaus wird gefordert. Hierbei wird es jedoch immer wieder fließende Übergänge geben müssen. Es erscheint sinnvoller zu sein, Patienten für die genannten Spezialkliniken zunächst in eine Nachsorgeklinik zu verlegen. Von dort sollte die gezielte Unterbringung veranlaßt werden, um das sehr kostspielige Krankbett der Akutkrankenhäuser bis zur endgültigen Unterbringung des Patienten in einer Spezialklinik nicht zu belasten.

Der Zeitpunkt zur Verlegung in eine Nachsorgeklinik läßt sich nur schematisch darstellen. Schon aus der Definition ergibt sich, daß die kostspieligen medizinischen Einrichtungen wie Röntgen- und Bestrahlungsabteilung, Operations- und Kreißeäle, Intensivpflegeabteilung, Endoskopie, Lungen-, Kreislauf- und Stoffwechselfunktionsprüfung, Isotopendiagnostik und Therapie, künstliche Niere im Regelfalle in der Nachsorgeklinik nicht mehr benötigt werden, ist der Zeitpunkt der Verlegung weitgehend umrissen. Die Akutphase ergibt sich also aus der Intensiv-

und Normalpflegezeit. Nicht jeder Patient muß im Anschluß an diese Akutphase bis zur endgültigen Entlassung in eine Nachsorgeklinik verlegt werden. Die Verlegung sollte sich nach medizinischer Notwendigkeit und Verantwortung in Anlehnung an die noch zu erwartende Nachsorgephase ergeben. Fließende Übergänge sind hier möglich. So kann je nach Art und Schwere der Erkrankung eine Nachsorgephase weit in eine Akutphase hineinreichen. Dies ist beispielsweise dann gegeben, wenn der Patient noch nicht entlassen werden kann und weitere Röntgen-, Labor-, EKG- und andere Kontrollen sowie eine Bestrahlungsbehandlung erforderlich sind. Derartige Kontrollen können im Idealfall auch ambulant im Akutkrankenhaus erfolgen.

An dem Beispiel der Hess.-Berglandklinik Bad Endbach zeigt sich jedoch, daß die größere Entfernung zwischen Nachsorgeklinik und Akutkrankenhaus eine ambulante Vorstellung der in der Berglandklinik behandelten Patienten nicht günstig erscheinen läßt. Hier hat sich die Möglichkeit zur Röntgenkontrolluntersuchung in der Nachsorgeklinik als sehr günstig erwiesen. Die den Patienten stark belastenden Transporte konnten unterbleiben. Auch erwies es sich als vorteilhaft, kleine und mittlere Labordiagnostik einschließlich EKG direkt in der Nachsorgeklinik durchführen zu können. Auch das Vorhandensein eines entsprechenden Behandlungsraumes, der kleinere chirurgische Eingriffe, wie Wundrevisionen, Thiersch-Transplantationen, kleinere Metallentfernungen, den Wechsel von Gipsverbänden zuläßt, erwies sich als sehr geeignet. Die oft überlasteten speziellen Behandlungsräume des Akutkrankenhauses mußten nicht in Anspruch genommen werden, ein Patiententransport konnte unterbleiben. Das Endresultat wurde dadurch in keiner Weise negativ beeinträchtigt, dies konnte in der Patientenbehandlung der Hess.-Berglandklinik an vielen Beispielen gezeigt werden. Als wichtigste Voraussetzung erwies sich dabei die Anwesenheit eines qualifizierten Facharztes in der Nachsorgeklinik.

Die Entwicklung eines jeden Krankenhauses, so auch einer Nachsorgeklinik, steht und fällt mit dem Bestand an Krankenhauspersonal. Am 31.12.1971 waren 50 % aller in der Bundesrepublik tätigen Ärzte in einem deutschen Krankenhaus tätig (MÜLLER 1973). Somit hatte ein Arzt durchschnittlich 13,8 Betten zu versorgen. Diese Zahlen beziehen sich auf ein Akutkrankenhaus. Für eine Nachsorgeklinik hat man eine Kapazität von 50 Betten je Arzt festgelegt (Prognos-Studie 1971). Diese Berechnung gilt aber nur mit der Einschränkung, daß die ärztlichen Mittags-, Nacht- und Wochenenddienste vom Akutkrankenhaus mit übernommen werden. BISCHOFF (Prognos-Studie 1971) vertritt sogar die Ansicht, daß für die Patienten der Nachsorgeklinik in der Regel keine tägliche Visite und Untersuchung erforderlich ist. BISCHOFF bezieht sich auf Erfahrungen aus Amerika, wo durchschnittlich zwei Arztbesuche pro Woche ausreichen dürften. Mobile Patienten können dabei zur Untersuchung zum Arzt gehen, Visiten sind also nur bei den bettlägerigen Patienten erforderlich.

Am Beispiel der Hess.-Berglandklinik Bad Endbach hat sich nun jedoch gezeigt, daß für eine ordnungsgemäße Behandlung eine regelmäßige tägliche Visite unerlässlich ist. Nicht selten konnten unvorhergesehene, dem Patienten zunächst noch nicht gravierend erscheinende Komplikationen durch die routinemäßige Visite frühzeitig erkannt und einer Behandlung zugeführt werden. Beispielsweise seien hier Wundinfektionen, akute Thrombosen, sich entwickelnde Pneumonien oder Subileuszustände erwähnt. Eine zweimalige Visite ist allerdings nur bei einem geringen Prozentsatz der Patienten sinnvoll. Die beste ärztliche Versorgung der in einer Nachsorgeklinik untergebrachten Patienten ergibt sich bei Vorhandensein mehrerer eigener Ärzte der Nachsorgeklinik. Diese Ärzte können Allgemeinärzte, Fachinternisten oder Fachchirurgen mit umfassenden Rehabilitationskenntnissen sein. Sie sollten eine Unterstützung

durch regelmäßige Konsultationen der Fachärzte aus den Akutkrankenhäusern erfahren.

Bei diesem Organisationsprinzip ist auch eine räumliche unmittelbare Zuordnung der Nachsorgeklinik zum Akutkrankenhaus nicht unbedingt erforderlich, wie dies am Beispiel der Hess.-Berglandklinik Bad Endbach gezeigt werden kann. Die Zahl der Ärzte in einer Nachsorgeklinik darf nicht zu gering bemessen sein. Am Beispiel der Hess.-Berglandklinik hat sich der Schlüssel von 3 Ärzten für 100 Patienten sehr bewährt. Bei dieser Besetzung kann der eigenständige Nachtdienst, Wochenenddienst und die Vertretung während der Urlaubszeiten gewährleistet werden, ohne daß zusätzliche Ärzte für die Betreuung herangezogen werden müssen. Die Versorgung der in einer Nachsorgeklinik stehenden Patienten durch ein eigenes Ärzteteam garantiert Regelmäßigkeit und Zuverlässigkeit in der ärztlichen Versorgung. Den Nacht- bzw. Bereitschaftsdienst durch die Ärzte eines Akutkrankenhauses zu versehen, ist aufgrund unserer Erfahrungen im Akutkrankenhaus und Nachsorgeklinik nicht sinnvoll.

Die Ärzte im Akutkrankenhaus, hier im Univ.-Klinikum Marburg, sind mit der Versorgung der Patienten der Akutklinik voll ausgelastet. Die Nachsorgeklinik würde stiefmütterlich behandelt. Darüberhinaus kennt das für die Nachsorgeklinik speziell vorhandene Ärzteteam bei guter Organisationsform die Patienten und kann sich während eines Nacht- und Bereitschaftsdienstes sofort ein Bild über eingetretene Komplikationen machen und viel gezielter eine Entscheidung treffen. Bei der Vielfalt medizinischer Probleme ist allerdings eine enge Zusammenarbeit zwischen Nachsorgeklinik und Akutklinik erforderlich.

Als besonders gut hat es sich erwiesen, eine Abschlußuntersuchung in der Poliklinik des Akutkrankenhauses durchführen zu lassen. Damit kann der in der Akutklinik tätige Arzt sich von dem Erfolg des durch ihn diagnostizierten und anbehandelten Patienten überzeugen, der in der Nachsorgeklinik tätige Arzt hat eine ihm in der Regel willkommene Kontrollfunktion zusätzlicher Art. Die Möglichkeit, alle die einweisenden Ärzte in einem Nachsorgekrankenhaus tätig werden zu lassen, möchten wir aufgrund unserer Erfahrungen ablehnen. Hierbei würde sich keiner so recht zuständig fühlen und allzu schnell würde die Kontinuität verloren gehen, die ordnungsgemäße Behandlung und Überwachung wäre nicht mehr gewährleistet. Die Belastung des Pflegepersonals wäre durch die Tatsache, daß viele Ärzte zuständig sind und diese erst aus den verschiedenen Akutkliniken bzw. Abteilungen herbeizurufen sind, weit überfordert.

Im Akutkrankenhaus wurden für das Jahr 1971 für 3,6 Betten eine Krankenschwester bzw. ein Krankenpfleger gefordert. Die Berechnungen führten zu einem Bettenschlüssel für die Nachsorgeklinik, wonach eine Pflegeperson für 7,5 - 9 Betten vorhanden sein sollte. Dabei ist eine Relation zwischen Pflegepersonal und Pflegehilfspersonal von 1 : 1 vertretbar. Aus den USA ist bekannt, daß auf eine examinierte Krankenschwester etwa 7 Nachsorgebetten entfallen. Am Beispiel der Hess.-Berglandklinik Bad Endbach zeigte sich, daß in der Regel mindestens ein Schlüssel von einer Pflegekraft für 7 Nachsorgebetten ausgegangen werden muß. Der Schlüssel von 1 : 9 erwies sich als zu gering. Als sehr wesentlich erwies sich eine gute und in Anlehnung an das Akutkrankenhaus erfolgte Ausbildung und Weiterbildung des Pflegepersonals. Dies zeigt sich besonders in einer engen Zusammenarbeit zwischen

Pflegepersonal und Fachpersonal. Das für eine Nachsorgeklinik erforderliche Fachpersonal: Krankengymnastin, Beschäftigungstherapeutin, Sprachtherapeutin sowie Sozialberater und Fürsorgerin kann durch das Pflegepersonal, welches mit dem Patienten übt und vom Fachpersonal überwacht wird z.T. entlastet werden.

Besonders erwähnenswert sind Sozial- oder Rehabilitationsberater in einer Nachsorgeklinik. Sie haben die Aufgaben, sich mit den familiären Gegebenheiten zu beschäftigen, dabei besonders soziale und finanzielle Probleme zu berücksichtigen und den Übergang von der Krankenhausbehandlung in den Alltag für den Patienten zu erleichtern. Sie beantragen beispielsweise die Überweisung in Pflege- oder Altersheime, organisieren die Verlegung in weitere Spezialkliniken, sorgen für eine Unterstützung bei der Hausarbeit in den ersten Tagen nach der Entlassung, stellen Rentenansprüche und dgl. mehr. In der Berglandklinik werden diese Aufgaben gegenwärtig nur teilweise und dann durch das Pflegepersonal bzw. die Ärzte wahrgenommen.

Die großen Vorteile einer Nachsorgeklinik:

Bessere Ausnutzung der kostspieligen Betten eines Akutkrankenhauses: Die durchschnittlichen Investitionskosten pro Akutkrankenhausbett werden wie folgt berechnet:

1970	DM 100 000,
1975	DM 150 000,
1980	DM 215 000,
1985	DM 320 000.

Die Kostenansätze für ein Nachsorgeklinikbett sehen wie folgt aus:

1970	DM 40 000,
1975	DM 55 000,
1980	DM 80 000,
1985	DM 118 000.

Wirkliche Einsparungen ergeben sich schließlich nur in einer Reduktion der Investitionskosten in einer Größenordnung von ca. 30 %. Betriebskosteneinsparungen sind kaum möglich. Dies ergibt sich aus der Tatsache, daß das Akutkrankenhaus bei Vorhandensein eines Nachsorgekrankenhauses einen schnelleren Patientendurchgang und damit eine Erhöhung der Patientenzahl ermöglicht. Dadurch ergibt sich im Akutkrankenhaus ein Mehrbedarf an Ärzten, Pflegepersonal, Fachpersonal, Verwaltungs- und Wirtschaftspersonal. Da in der Regel etwa 25 % der Patienten eines Akutkrankenhauses in ein Nachsorgekrankenhaus verlegt werden können, muß bei der Erhöhung der Patientenzahl um 25 % im Akutkrankenhaus eine Aufstockung der ärztlichen und pflegerischen Planstellen um 25 % erfolgen. Diese Erhöhung des Personals ist jedoch dadurch möglich, daß in der Nachsorgeklinik in etwa der gleichen Größenordnung eine Einsparung gegenüber einem durchschnittlichen Krankenhaus möglich ist.

Kostenmäßig ergeben sich also wirkliche Einsparungen bei der Investitionen. Es ergeben sich aber auch Nachteile in der Ausbildungsart des ärztlichen und pflegerischen Personals. Im Akutkrankenhaus werden lang dauernde Rehabilitationen nicht mehr durchgeführt, Ärzte und Schwestern haben also nicht mehr die Möglichkeit, die Rehabilitationsphase mitzerleben. Andererseits hat das Personal in einer Nachsorgeklinik keine Möglichkeit, Probleme der Akutversorgung in ausreichender Anzahl kennenzulernen. Diese Nachteile, die sich in der Ausbildung und damit in der Qualifikation des Personals ergeben, sind nur durch eine sehr enge Zusammenarbeit zwischen Akut- und Nachsorgekrankenhaus zu überwinden. Eine gute Organisation muß garantieren, daß sich diese Nachteile nicht auf die Qualifikation des Personals auswirken. So braucht bei-

spielsweise ein in der Ausbildung stehender Chirurg die Möglichkeit, die Akutversorgung in allen Phasen kennenzulernen, andererseits aber auch den Erfolg einer lang andauernden Rehabilitation zu beobachten, um ein Endergebnis vorausplanen und beurteilen zu können.

4.3 Die Bedeutung von Hostels.

Krankenhausthostels sind eine neue Krankenhausform, die bisher in den USA, in Schweden und in England anzutreffen sind. In den Hostels werden Patienten aufgenommen, die nur noch einer Minimalpflege bedürfen, besser noch, die keine Pflege erforderlich haben. Eine weitgehende Umfrage in Deutschland und England hat ergeben, daß ca. 25 % aller stationär behandelten Patienten auch eine Minimalpflege, d.h. keine ständige Pflegeperson erforderlich haben. Sie stehen alleine auf, waschen sich, essen alleine und machen sogar kleinere Spaziergänge. Solche Patienten sind also nur noch entweder zur weiteren Diagnostik oder zur Überwachung der angelaufenen Therapie in der stationären Beobachtung. Durch die Einrichtung solcher Hostels ist es nach Meinung des Deutschen Krankenhausinstitutes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft möglich, Milliardenbeträge einzusparen.

Auch an deutschen Krankenhäusern ist man mit der Planung solcher Hostels beschäftigt. Dem Allgemeinkrankenhaus in Recklinghausen soll ein Hostelbau angegliedert werden. Der Beginn dieses Baues war für das Jahr 1974 geplant. Das Hostel soll einer guten Hotelklasse entsprechen und überwiegend Zweibettzimmer haben. Für etwa 100 Hostelbetten wird die Einsparung von 25 Pflegekräften vorausgerechnet. Außerdem wird ein Hostelbett sehr viel niedrigere Investitionskosten aufweisen als ein normales oder gar ein Akutkrankenhausbett.

Auch für das neue Univ.-Klinikum in Marburg auf den Lahnbergen ist der Bau eines Hostels vorgesehen. Die Argumente, damit Investitionskosten und Pflegekosten einzusparen, sind überzeugend. Nicht überzeugend ist jedoch die beim Univ.-Klinikum Marburg mögliche Betteneinsparung im Bereich der Akutbetten. Die jetzigen Belegungszeiten im Univ.-Klinikum Marburg sind bereits soweit verkürzt und auf das absolut Erforderliche beschränkt, daß eine weitere Verkürzung der Belegungszeiten kaum möglich sein wird. Weiterhin wird es nicht möglich sein, den Bedarf an Akutbetten dadurch zu vermindern. Hier wird in der Gesamtkalkulation der wirkliche Aufgabenbereich des Univ.-Klinikums vergessen. Die Errichtung von Hostelbetten würde vorteilhaft für die jetzt im gesamten Univ.-Klinikum erfolgte ambulante Diagnostik sein. Teilweise müssen die Patienten jetzt 50 - 100 km zu ambulanten diagnostischen Aufgaben anreisen. Dadurch wird eine für den Patienten kaum erträgliche Belastung gefordert, die Diagnostik in einem erheblichen Maße erschwert. Diese Patienten könnten vorteilhafter in Hostels untergebracht werden und so für die Diagnostik oder Therapie zur Verfügung stehen. Besonders vorteilhaft hat sich das Hostel im Bereich der Strahlentherapie ausgezeichnet. Viele der Patienten können nach der stationären Einleitung einer Bestrahlungstherapie in einem Hostel untergebracht werden, in Marburg werden sie in Hotels untergebracht. Hohe Transportkosten für die in ambulanter Therapie stehenden Patienten würden bei der Nutzung solcher Hostelbetten einzusparen sein. Die intensive krankengymnastische Behandlung im Bewegungsbad, physikalische Therapie und andere Maßnahmen erfordern oft Anreisen von 30, 50 und mehr km/Tag. Diese Patienten könnten für die Zeit der Behandlung in einem Hostel untergebracht werden, die Kosten wären nicht höher anzusetzen, als sie sich jetzt aus den Transporten mit dem Roten Kreuz ergeben.

Wie an der großen Zahl von Frühinvaliden in Deutschland zu sehen ist, im Jahre 1971 gab es 2 000 000, wurde in der Vergangenheit nicht genügend Wert auf eine ausreichende Rehabilitation gelegt (JOCHHEIM). Nur selten wird der Patient bereits im Krankenhaus auf die beruflichen und sozialen Probleme, die auf ihn nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zukommen, vorbereitet. Häufig wird im Entlassungsbrief der Hinweis auf eine erforderliche kostspielige Nachbehandlung gegeben. Mangelhafte ökonomische und organisatorische Voraussetzungen lassen jedoch die Realisierung dieser Nachbehandlung oftmals nicht zu. JOCHHEIM vertritt die Ansicht, daß jedes Krankenhaus mit 2 oder 3 Fachabteilungen eine gut ausgebaute Krankengymnastische Abteilung haben sollte, in welcher in der Hauptsache die ambulante Nachbehandlung der Patienten durchgeführt wird. Die Kategorie der Großkrankenhäuser und Univ.-Kliniken müßte allerdings bereits über eigenständige Rehabilitationsabteilungen mit eigenem Bettenbestand verfügen. Diese Rehabilitationsbetten sind in der Regel nicht in einer Nachsorgeklinik vorgesehen, können jedoch in diese mit einbezogen werden. Mit der Errichtung derartiger Rehabilitationszentren bzw. entsprechend ausgebauter Nachsorgekliniken wäre eine Verkürzung in der Verweildauer in einem Akutkrankenhaus möglich, eine jetzt unterlassene stationäre Behandlung wäre erfolgversprechend und damit die Zeit der Arbeitsunfähigkeit einzelner Patienten erheblich abzukürzen. Das Gesamtergebnis würde sich vorteilhaft auf die Arbeitsfähigkeit der Patienten auswirken müssen.

4.4 Bettenangebot und Bettennutzung im Akutkrankenhaus und Nachsorgeklinik.

Das Bettenangebot ist in der Bundesrepublik in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Im Vergleich mit anderen Industriestaaten zeigt sich für die Bundesrepublik Deutschland eine sehr günstige Relation (Abb. 22). Dies trifft ebenso für die Zahl der Betten, der Ärzte und Pflegepersonen wie für die qualitative Leistung zu. Beispielsweise gibt es im immer noch vielgepriesenen Musterland Schweden zwar relativ mehr Krankenhausbetten, nämlich 146 pro 10000 Einwohner, die Zahl der Ärzte ist jedoch sehr viel geringer als in der Bundesrepublik.

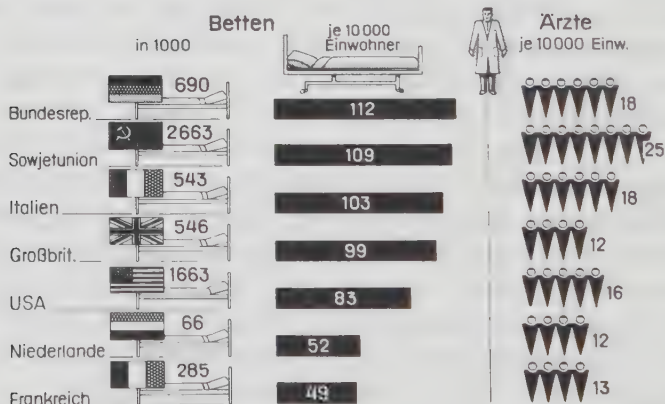


Abb. 22: Krankenhauswesen im internationalen Vergleich
(aus Selecta 16, 664 (1974)).

Eine gleichmäßige Belegung eines Krankenhauses ist nicht möglich. Epidemien, Notsituationen durch Katastrophen und Unfälle, Urlaubszeiten und Art der Erkrankung nehmen hier ihren Einfluß. Die Bettenkapazität muß jedoch so ausgelegt werden, daß die auftretenden Schwankungen aufgefangen werden können. Die Bettennutzung hat sich seit 1950 zunächst aufwärts und seit 1960 langsam abwärts entwickelt. 1969 betrug die Bettennutzung im Akutkrankenhaus 86,9 %. 1985 wird sie voraussichtlich 80 % betragen. Mit der Verkürzung der Verweildauer ist ein häufiger Patientenwechsel und damit eine Änderung in der Bettenbelegplanung und Bettenrüstzeit zu erwarten. Mit der geringeren Bettennutzung ergibt sich eine Reservebettenkapazität für Katastrophensituationen. Diese Reservekapazität muß in den Akutkrankenhäusern gegeben sein, in den Nachsorgekrankenhäusern ist sie nicht wünschenswert.

Die Verweildauer wird von einer Reihe Faktoren bestimmt: Art und Schwere der Erkrankung, Entwicklung der Medizin in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht, Möglichkeit zur häuslichen Pflege, Zahl der Sonderkrankenhäuser. Eine zu erwartende Erhöhung der Lebenserwartung bestimmen die Verweildauer. Mehr und mehr wird sich aus sozialstrukturellen Veränderungen das Krankenhaus zum Genesungsplatz entwickeln, häusliche Pflege und ambulante Betreuung werden durch die Veränderungen der Gesellschaftsordnung mehr und mehr schwinden. Besonders die Geriatrie wird Einfluß auf die Verweildauer und damit auf die Bettennutzung im Akut- und Nachsorgekrankenhaus nehmen. Im Verlauf der chirurgischen Behandlung treten Komplikationen, vielfach in Form von Kettenkrankheiten gerade beim alten Patienten auf. SELBERG stellt fest, daß bei 90 % der überachtzigjährigen Patienten mindestens zwei, bei 75 % drei und bei 34 % mindestens vier gleichzeitige Prozesse auf dem Gebiet

der Chirurgie, der inneren Medizin und der anderen grossen Fächer anzutreffen sind. Diese Zahl vermehrt sich nach seinen Ausführungen noch, wenn die unter der Behandlung eintretenden tödlichen Komplikationen, die vielfach Kettenprozesse darstellen, miteinbezogen werden. STEINMANN hebt bei der Multimorbidität der Infektionen im Alter hervor, daß gleichzeitig an die Möglichkeit einer arteriosklerotischen, malignen und entzündlichen Affektion zu denken ist. Die verschiedenen Erkrankungen des alten Menschen erfordern ihre Erkennung, denn nur die Therapie mit den modernsten Mitteln kann eine zweckmäßige Rehabilitation bedeuten. Dies ergibt sich aus den Erfahrungen in Rehabilitationszentren. Nicht nur die Krankheitshäufigkeit, sondern auch der Anteil der Zweit- und Drittkrankheit nimmt mit steigendem Alter ständig zu (BÖHLAU). BÜNTE-WAGNER sowie BIRKNER, WEIST und FISCHER weisen auf die Bedeutung der Multimorbidität in der operativen Medizin hin. BIRKNER u. Mitarb. zeigten Überzeugend, daß zwischen der Unfallhäufigkeit im höheren Lebensalter und der Multimorbidität enge Beziehungen bestehen und daß die hohen Letalitätsziffern des Alters von der Multimorbidität abhängig sind. *

In der Tab. 6 ist die Entwicklung der Verweildauer von 1960 bis 1985 für ein Akutkrankenhaus aufgezeigt. Nach den hier gewonnenen Erfahrungen und Berechnungen ist im Jahre 1985 mit einer wahrscheinlichen durchschnittlichen Verweildauer im Akutkrankenhaus von 15,0 Tagen zu rechnen. Betrachten wir nun die Verweildauer im Akutkrankenhaus am Beispiel der Universitätskliniken Marburg und Giessen für das Fach Chirurgie und Urologie, läßt sich eindeutig zeigen, daß die für 1985 zu erwartende Verweildauer bereits im Jahre 1971 an den Univ.-Kliniken Giessen vorhanden war (Tab. 7). In Marburg dagegen war diese Zahl bereits im Jahre 1969 unterschritten.

Entwicklung und Prognose der Verweildauer in Akutkrankenhäusern 1960-85

	durchschnittliche	Verweildauer
	in Tagen	Index 1960=100
1960	21,6	100
1961	21,4	99,1
1962	21,3	98,6
1963	20,7	95,8
1964	20,2	93,5
1965	20,0	92,6
1966	19,5	90,3
1967	19,3	89,4
1968	19,0	88,0
1969	18,6	87,0
1985		
oberer Grenzwert	16,5	76,4
unterer Grenzwert	9,0	41,7
wahrscheinlicher Wert	15,0	69,4

Tab. 6:

Entwicklung und Prognose der Verweildauer im Akutkrankenhaus 1960 - 1985 (Prognos AG, Basel 1971).

	1969	1970	1971
Univ. Gießen	17,07	18,93	15,43
Univ. Marburg	12,94	13,89	11,83

Tab. 7: Verweildauer in Tagen in den Chirurg.-Univ.-Kliniken (mit Urologie) Gießen und Marburg 1969-1971.

Im Jahre 1971 betrug die Verweildauer nur 11,83 Tage (Tab. 8). Eine weitere Verkürzung erscheint überhaupt nicht möglich. Unterstützt wird diese Tatsache dadurch, daß die Entlassung nach einer Operation an der Schilddrüse bereits 4 - 5 Tage nach der Operation erfolgt, ein Magenoperierter häufig bereits 8 Tage nach der Operation die Klinik verläßt, Patienten nach Gallenwegsoperationen zwischen dem 6. und 8. Tag nach der Operation entlassen werden und Patienten nach einer Leistenbruchoperation oder Appendektomie nur 2 - 3 Tage beobachtet werden. Selbstverständlich gibt es auch hier längere stationäre Aufenthalte.

1971			
Universitätsklinik			
	Marburg		Gießen
Chirurgie mit Urologie	11,83		15,43
		Tage	Tage
Innere Medizin	18,84		21,33

Tab. 8: Verweildauer in Tagen in den Chirurg.- und Med.-Univ.-Kliniken Giessen und Marburg 1971.

4.5 Krankenhauspflegesätze; Vorteile einer Nachsorgeklinik.

Unter einem Krankenhauspflegesatz versteht man laut Krankenhausfinanzierungsgesetz vom 29.6.1972 das Entgelt der Benutzer oder ihrer Kostenträger für stationäre und halbstationäre Leistungen eines Krankenhauses. Noch bis zum Jahre 1936 bestanden die Krankenhauspflegesätze in keinem Preisschutz.

In den letzten 40 Jahren haben die Krankenhauspflegekosten eine enorme und z.T. sprunghafte Steigerung erfahren (Tab.9).

Entwicklung der Krankenhauspflegekosten
pro Tag.

Tag der Erhöhung	Univ.Kliniken - DM Marburg/L
1.1.1934	4,70
15.1.1949	5,40
1.1.1951	6,50
1.4.1954	9,60
1.4.1956	10,60
1.4.1957	12,80
1.7.1958	15,60
1.7.1959	17,20
1.9.1960	18,90
15.7.1961	20,80
15.8.1962	22,80
1.4.1963	25,20
1.11.1964	28,00
1.8.1965	31,60
1.5.1966	34,80
1.2.1967	38,30
1.3.1968	42,10
1.1.1969	44,30
1.1.1970	50,50
1.1.1971	65,40
1.1.1972	80,20
1.1.1973	96,20

Tab. 9:

Entwicklung der Krankenhauspflegekosten an den Univ.-Kliniken Marburg von 1934 - 1974 (DM/Tag).

DM
1.1.1974 139,05
Jetzt ohne
Nebenkosten.

Tabelle: (Angaben der Univ.-Kliniksverwaltung
Marburg/L)

Die Ursache hierfür liegt aber in der ständig verbesserten medizinischen Betreuung. Unter den heutigen Bedingungen ist der Pflegesatz von 1934 mit 4.70 DM pro Tag im Univ.-Klinikum Marburg fast wie ein Märchen anzusehen. Nach 20

Jahren waren die Pflegesätze erst um 100 % gestiegen; so betrugen die Kosten im Jahre 1954 DM 9.60 pro Tag. Die Finanznot der Kliniken blieb jedoch bestehen. Auch die vom Bundesminister für Wirtschaft erlassene Bundespflegesatzverordnung vom 31.8.1954 machte der Finanznot der damaligen Krankenhäuser kein Ende. Die Pflegesätze stiegen weiter, und im Univ.-Klinikum Marburg waren im Jahre 1964 DM 28.00 pro Tag zu zahlen. Das Vorhaben des Bundesgesundheitsministeriums, die Fehler und Mängel der Bundespflegesatzverordnung zu beseitigen, scheiterte am Einspruch des Bundestages. Erst im Jahre 1970 beschloß die Bundesregierung, dem Entwurf eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze zuzustimmen. Dieses Krankenhausfinanzierungsgesetz trat dann am 29.6.1972 in Kraft. Die Pflegesätze waren zwischenzeitlich auf DM 80.20 pro Tag für das Univ.-Klinikum Marburg angestiegen. Aufgrund des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist das Problem jedoch nur teilweise gelöst. Die Investitionskosten der Krankenhäuser werden vom Bund und teilweise von den Ländern getragen. Die Benutzungskosten werden von den Sozialversicherungs- und Sozialleistungsträgern erstattet.

Bis zum Jahre 1969 hat die Bundesrepublik beim Vergleich mit anderen Staaten eine relativ günstige Position. Beim durchschnittlichen Pflegesatz von DM 43.74 pro Tag im Jahre 1969 waren in der Schweiz bereits DM 60.00, in England DM 72.00 und in Schweden sogar DM 167.00 zu zahlen. (Prognos-Studie 1971). Zum 1.1.1973 wurde der Satz im Univ.-Klinikum Marburg auf DM 96.20 pro Tag erhöht. Im April 1973 trat dann eine neue Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze in Kraft. Danach erhöhten sich die Krankenhauspflegekosten im Univ.-Klinikum Marburg auf z.Zt. DM 139.05 pro Tag.

Dies sind natürlich enorme und kaum aufzubringende Summen. Das Krankenhausbett in einem Akutkrankenhaus wird teurer und teurer. Die Pflegesätze werden von der nach Landesrecht zuständigen Behörde, das ist in Hessen die Hessische Krankenhausgesellschaft, festgesetzt. Mit Wirkung vom 1.1.1974 traten dann auch besondere Pflegesätze für Krankenhausleistungen in Sondereinrichtungen in Kraft. In die Rubrik für besondere Pflegesätze traten auch die Kliniken, die der Nachsorge dienen. So wurde von der Hess.-Krankenhausgesellschaft für das eingruppierte Krankenhaus "Hessische Berglandklinik Bad Endbach" ein Pflegesatz von DM 75.50 ab 1.1.1974 festgelegt.

Da die Pflegesätze einer Nachsorgeklinik eindeutig unter denen eines Akutkrankenhauses gehalten werden können, wie dies am Beispiel der Univ.-Kliniken Marburg und der Nachsorgeklinik "Hessische Berglandklinik Bad Endbach" gezeigt werden kann, sollte eine bessere Ausnutzung beider Institutionen angestrebt werden. Wie groß das Interesse an einer Kosteneinsparung über die Nachsorgekliniken ist, geht aus dem Geschäftsbericht der AOK Marburg des Jahres 1970 hervor. Zu diesem Zeitpunkt wurden bereits nachdrücklich Nachsorgekrankenhausbetten gefordert.

Am Beispiel der Hess.-Berglandklinik Bad Endbach als Nachsorgekrankenhaus für die Univ.-Kliniken soll auch unter dem wirtschaftlichen Aspekt gezeigt werden, wie Kosteneinsparungen möglich sind und Akutbetten besser genutzt werden können. Mit der Organisation regelmäßiger Visiten durch einen Facharzt für Chirurgie der Chirurg.-Univ.-Klinik Marburg war eine schnellere Verlegung von chirurgischen Patienten in die Nachsorgeklinik möglich. Die Tabellen 10 und 11 zeigen am Beispiel einer Allgemeinchirurgischen Station mit 21 Betten, daß durch Verlegung von Patienten in die Nachsorgeklinik "Hess.-Berglandklinik Bad Endbach" eine bessere Belegung der Akutbetten möglich wurde.

	1972	1973	1974
I. Quartal	161	171	185
II. Quartal	145	183	215
Gesamtzahl der Patienten	306	354	500

Tab. 10: Anzahl der auf einer 21-Betten-Station der Chirurg.-Univ.-Klinik Marburg behandelten Patienten im 1. Halbjahr 1972 - 1974.

	1972	1973	1974
April	53	54	68
Mai	44	69	78
Juni	48	60	69
Gesamtzahl der Patienten	145	183	215

Tab. 11: Anzahl der auf einer 21-Betten-Station der Chirurg.-Univ.-Klinik Marburg behandelten Patienten im 2. Quartal 1972 - 1974.

So konnten im 1. und 2. Quartal 1973 48 Patienten mehr auf die Allgemeinchirurg.-Station aufgenommen werden, als im 1. Halbjahr 1972. Damit verringerte sich die durchschnittliche Verweildauer von 17,8 Tagen pro Patient auf 15,5 Tage. Nach dem weiteren Ausbau der Hess.-Berglandklinik und in einer harmonischen Zusammenarbeit zwischen Nachsorgeklinik und Akutkrankenhaus konnte die Verweildauer nochmals drastisch im 1. Halbjahr 1974 reduziert werden. Hier betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Patient im Akutkrankenhaus nur 10,9 Tage gegenüber 17,8 Tagen im 1. Halbjahr 1972. Konnten vor adäquater Einbeziehung der Nachsorgebetten in die Akutbetten der Chirurg.-Univ.-Klinik Marburg im 1. Halbjahr 1972 nur 306 Patienten auf dieser Station behandelt werden, so konnten im gleichen Zeitraum 1974 bereits 500 Patienten stationäre Aufnahme und Behandlung finden.

Altersgruppen (Jahre)	1972	1973	1974	Gesamtzahl der Patienten
0 - 20	6	14	22	42
21 - 40	53	34	36	123
41 - 60	58	52	73	183
61 - 70	27	44	32	103
71 - 80	14	20	16	50
81 - 90	3	7	6	16
Gesamtzahl der Patienten	161	171	185	517

Tab. 12: Aufteilung der im 1. Quartal 1972 - 1974 auf einer 21-Betten-Station der Chirurg.-Univ.-Klinik Marburg behandelten Patienten nach Altersgruppen.

Daß der erhöhte Patientendurchgang und die dadurch bedingte Verkürzung der Aufenthaltsdauer eines Patienten im Akutkrankenhaus nicht Folge eines anderen Krankengutes, nämlich eines leichteren Krankengutes, ist, zeigen die Tabellen 12 und 13.

	1972	1973	1974	Ges.
Schilddrüse	35	23	17	75
Thorax	5	9	5	19
Oesoph. u. Magen	7	8	10	25
Darm	30	45	60	135
Galle u. Pankreas	46	33	42	121
Milz	1	0	4	5
Gefäße	9	11	7	27
Urolog.	9	13	18	40
Sonstige Erkr.	19	29	22	70
	161	171	185	517

Tab. 13: Auf Organe bezogene Erkrankungen der im 1. Quartal 1972 - 1974 auf einer 21-Betten-Station der Chirurg.-Univ.-Klinik Marburg behandelten Patienten.

Weder war es zu einer wesentlichen, die stationäre Aufenthaltsdauer beeinflussbaren Änderung des Krankengutes hinsichtlich seiner Diagnose noch hinsichtlich der Alterszusammensetzung gekommen. Sowohl die bessere Nutzung der Akutbetten als auch die sich daraus ergebende Einsparung an Kosten sind offensichtlich.

5. Z U S A M M E N F A S S U N G

Am Beispiel der Hessischen Berglandklinik Bad Endbach als Nachsorgekrankenhaus für die Universitätskliniken konnten Vor- und Nachteile einer solchen Organisationsform gezeigt werden. Für einen funktionsgerechten Ablauf in der Patientenversorgung hat sich bewährt:

1. Eine enge ärztliche Zusammenarbeit zwischen Akutkrankenhaus und Nachsorgeklinik bei eigenem Ärzteteam der Nachsorgeklinik aber regelmäßigen Konsultationen durch Ärzte der Akutklinik.
2. Qualifiziertes Pflegepersonal in ausreichender Besetzung. Dieses Personal sollte möglichst intermittierend im Akutkrankenhaus tätig sein, um die Voraussetzungen für eine gleiche Versorgung zu gewährleisten.
3. Groß ausgelegte Krankengymnastische Abteilung mit gut ausgebildetem Fachpersonal sind entsprechend dem Aufgabengebiet einer Nachsorgeklinik unerlässlich.
4. Mindestens mittleres Labor und mittlere Röntgendiagnostik sollten in der Nachsorgeklinik möglich sein.
5. Tägliche ärztliche Visiten sind erforderlich, in bestimmten Fällen sogar zweimal täglich.
6. Eine Wiedervorstellung in der Ambulanz des Akutkrankenhauses ist nach Abschluß der Behandlung in der Nachsorgeklinik unerlässlich.

7. Die enge Nachbarschaft zwischen Akutkrankenhaus und Nachsorgeklinik ist wünschenswert, jedoch nicht unbedingte Voraussetzung.
8. Gleiche Verwaltung und gleicher Kostenträger können sich vorteilhaft auswirken, stellen jedoch keine Voraussetzung für eine Funktionstüchtigkeit dar.

Als ungeeignet und die Funktionstüchtigkeit erheblich negativ beeinflussend werden folgende Faktoren angesehen:

1. Ärztliche Visiten nur ein- bis zweimal wöchentlich.
2. Eine direkte Versorgung der Nachsorgekrankenhäuser durch Ärzte der Akutklinik, auch wenn die Akutklinik in unmittelbarer Nachbarschaft der Nachsorgeklinik steht.
3. Ein gemeinsamer Bereitschaftsdienst für Akut- und Nachsorgeklinik.
4. Ein fehlender regelmäßiger Konsiliardienst durch Ärzte der Akutklinik im Nachsorgekrankenhaus.

6. L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

BAUER, K.H.: Gedanken zur Einweihung eines Krankenhauses.
Münch. med. Wschr. 115, 2005 - 2008 (1973).

BISCHOFF, R.A. und I. BISCHOFF:
Prognos-Studie-Basel 1971.
Untersuchung im Auftrag der Lübke AG,
Rheda/Westf.

BÖLKE: Sonderrundschreiben 12/1973 der Hessischen
Krankenhausgesellschaft e.V., Frankfurt/Main,
20.9.1973.

GOERKE, H.: Aufgabe und Bedeutung von Nachsorgekliniken.
Medizinalmarkt/Acta Medicotechnica 1969,
186 - 190.

JOCHHEIM, K.-A.:
Die Integration der Rehabilitation in Klinik
und Krankenhaus.
Dtsch.Med.J. 22, 131 - 133 (1971).

KELDENICH, K.: Krankenhaus-Hostels auch in der Bundesre-
publik geplant.
Medical Tribune 37, 44 - 47 (1973).

LAUFFER, E.: Krankenhausfinanzierung - Sanierung oder
Sozialisierung ?
Wibu-Blätter 36, 131 - 137 (1972).

MAY, R.: Nachsorgeprobleme für operierte und interne
Patienten im heutigen Krankenhausbetrieb.
Münch. med. Wschr. 116, 991 - 994 (1974).

MÜLLER, H.-W.: Das Krankenhaus - besser als sein Ruf.
Das fortschrittliche Krankenhaus 10, 2 (1973).

MÜLLER, H.: Der zukünftige Bedarf an Krankenhausbetten
und seine Kosten.
Das Krankenhaus 10 (1970).

SCHUBERT, R., A. STÖRMER:

Schwerpunkte in der Geriatrie 2. Multimorbidität.

Werk-Verlag Dr. Edmund Banaschewski,
München-Gräfelfing.

SCHWEISHEIMER, W.:

Kollegenkontrolle der Krankenhaus-Einweisung.
Dtsch. Ärzteblatt 2, 109 (1974).

SCHIPPERGES, H.:

Perspektiven des Krankenhauses am Horizont
der Zukunft.

Der Krankenhausarzt 8 (1969).

SELVAAG, O.:

Zurück zur Bettenlandschaft.

Praxis-Kurier 49, 24 (1973).

Hessen 80. Großer Hessenplan. Schwerpunkte sozialer Daseinsvorsorge. Herausg.v. Hessischen Sozialminister, Wiesbaden 1970.

Hessisches Krankenhausgesetz v. 4. April 1973. Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen, Teil I.

Druck: Dr. Alexander Krebs, Bad Homburg v.d.Höhe.

Krankenhauspflegesätze und preisrechtliche Bestimmungen.

15. Erg. - Liefg. (Stand März 1966).

Krankenhausplan des Landes Hessen. Bettenbedarf 1971 - 1985.

Herausg. v. Hessischen Sozialminister, Wiesbaden 1972.

Moderne Krankenhausstrukturen.

Herausgegeben von der Strukturkommission der Deutschen
Krankenhaus-Gesellschaft Düsseldorf, Mai 1973.

Druck: K. Schmidt, Düsseldorf.

Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze
(Bundespfllegesatzverordnung - BPflV) v. 25. April 1973.
BGBI I, 1973, 333 - 356.
Deutscher Bundes-Verlag GmbH, 53 Bonn.

Herrn Prof. Dr. med. D. Maroske möchte ich für die freundliche Überlassung des Themas, die hilfreiche Unterstützung und die Übernahme des Referates danken.

Gleichfalls möchte ich Herrn Prof. Dr. med. H. Hamelmann für die Übernahme des Correferates danken.

Zum Schluß sei es mir noch gestattet, allen zu danken, die mir beim Zustandekommen der Arbeit behilflich waren.

Lebenslauf:

Am 3. Mai 1947 wurde ich als zweites Kind des Maurers Paul Katschmarek und seiner Ehefrau Helene, geborene Mademann, in Müncheberg geboren.

Nach dem Besuch der Polytechnischen Oberschule in Müncheberg und der Erweiterten Oberschule in Strausberg bestand ich am 4. Juli 1965 das Abitur. Gleichzeitig hatte ich eine dreijährige Lehre als Buchhändlerin absolviert und erhielt im August 1965 den Facharbeiterbrief.

Von September 1965 bis August 1967 erlernte ich den Beruf der Krankenschwester und bekam den Facharbeiterbrief sowie die Staatliche Anerkennung.

Im September 1967 begann ich das Medizinstudium an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität in Greifswald. Dort bestand ich das Vorphysikum im Juli 1968 und das Physikum im Februar 1970. Bis zu meiner Republikflucht im Oktober 1972 hatte ich den größten Teil der Staatsexamina in Greifswald bestanden.

Während des Sommersemesters 1973 war ich an der Philipps-Universität in Marburg immatrikuliert. Hier beendete ich mein Staatsexamen.

Seit Oktober 1973 bin ich mit Klaus Hoffmann verheiratet. Meine Medizinalassistentenzeit begann ich im November 1973 in dem Bereich der Universitätskliniken Marburg.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren
und Dozenten

in Greifswald:

Brieger, Brucker, Bulka, Correns, Dorn, Elsässer, Fritze,
Gerbstädt, Grisk, Günther, Hahn von Dorsche, Hartmann,
Janaček, Kämpfe, Knabe, Knapp, Kraußold, Kryschmanski,
Latotzki, Markert, Müller, Patzelt, Reding, Scheibe,
Schmidt, Sulzmann, Wulfhekel, Zippel;

in Marburg:

Bode, Buchholz, Hamelmann, Klaus, Linneweh, Pots, Richter.

